Aus der Städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke,
Breslau. — Primärarzt Sanitätsrat Dr. Hahn.

# Beitrag zur Kenntnis der Psychosen im Kindes- und beginnenden Pubertätsalter.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin,

Chirurgie und Geburtshilfe

einer hohen medizinischen Fakultät der

Universität Leipzig

vorgelegt von

**Bernard Schlesinger**
approb. Arzt aus Breslau.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Emil Lehmann, Leipzig
Spezialdruckerei für Dissertationen
1914

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 9. Juni 1914.

Referent: Herr Geheimer Rat Prof. Dr. Flechsig.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547026_0082

Da die Fälle von Kinderpsychosen, vor allem die ausführlich geschilderten, in der Literatur nicht all zu häufig sind, und die Differenzialdiagnose bei ihn nicht selten noch eine schwierige ist, habe ich das Material der Breslauer Städtischen Heilanstalt daraufhin nachgesehen. Meine Ermittelungen erstrecken sich bis zum Krankenbestande am 1. 4. 03 zurück und reichen bis zum 1. 4. 14. Mit Emminghaus (1) kann man unter Psychosen des Kindesalters eigentlich nur solche verstehen, die vor der beginnenden Geschlechtsentwicklung in Erscheinung treten. Da ich mich zum größten Teil auf Krankenmaterial beziehen mußte, das ich selbst auf seine körperliche Entwicklung nicht untersuchen konnte, habe ich, um wenigstens Kranke, die bereits völlig geschlechtlich entwickelt waren, einigermaßen ausschließen zu können, nur Individuen, die vor Ablauf des 15. Lebensjahres in die Anstalt gelangten, berücksichtigt.

Schon nach der ersten Durchsicht des Materials fand, sich die auch anderwärts, zum Beispiel von Ehlers (10), erwähnte Erfahrung bestätigt, daß verhältnismäßig nur wenig Kinder in die Irrenanstalt gelangen. Die Gründe hierfür liegen ja auf der Hand. Falls der psychotische Zustand des Kindes überhaupt von den Angehörigen als solcher erkannt wird, so ist die Scheu, Kinder der Anstalt anzuvertrauen noch größer als, wenn es sich um Erwachsene handelt, und

die Schwierigkeit sie außerhalb der Anstalt zu verpflegen, ist gewöhnlich wesentlich geringer.

Bei einer Gesamtzahl von 10538 Kranken (Bestand vom 1. 4. 03. + Aufnahmen der Jahre 03/04 bis 1913/14) fand ich 91 Aufnahmen von Kindern, also 0,86% der Gesamtzahl. die Zahl ist geringer als die von Bendix gefundene. Bendix, der von Haymann (13) zitiert wird, fand, daß die Zahl der in Anstalten aufgenommenen Kinder 1% bis 1,2% der Erwachsenen ausmacht. Die Differenz zwischen der von ihm und mir ermittelten Zahlen wird dadurch noch etwas größer, daß er die Idiotie-Gruppe ausschloß, während ich sie einrechnete.

Der größte Teil der Kinderaufnahmen in der Städtischen Heilanstalt gehört der Idiotie, Imbecillität und Epilepsie an. Ein Fall von Chorea minor und zwei Fälle infantiler Paralyse waren auch darunter. Von funktionellen Psychosen fanden sich 17, mit ihnen will ich mich im Folgenden genauer beschäftigen, indem ich dabei Fälle, in denen es sich nur um Psychopathie oder kurzdauernde psychopathische Reaktionen handelte, es waren deren 7, unberücksichtigt lasse.

## Fälle von Dementia praecox.

### Fall 1.

Hedwig H. geboren 30. 5. 1893.

Vater Potator. Mutter nervenleidend, aufgeregt, hatte nirgends Ruhe, mit 29 Jahren an Schwindsucht gestorben. 2 Geschwister der Mutter an Tbc. gestorben. Die Geschwister der Patientin gestorben. 2 Stiefgeschwister (gleicher Vater) gestorben. 1 der Stiefgeschwister lebt.

Patientin soll sich normal entwickelt haben. War eigenwillig und gegen andere Kinder etwas abstoßend, sonst gutmütig. Sie war von jeher beschränkt. Auf der Schule lernte sie mäßig; nur das Rechnen machte ihr Schwierigkeit. Nach

der Schulzeit wurde Patientin Dienstmädchen, wurde aber nirgends behalten.

Anfang Februar 08 wurde sie dem Dienstherrn auffällig; sie antwortete so seltsam und hörte allerlei. Der Vater merkte erst am Tage vor der Anstaltsaufnahme, daß sie krank war. Sie kam aus ihrer Stellung nach Haus, war völlig verwirrt, lief planlos hin und her, riß sich die Sachen vom Halse, hatte Angst, erzählte, daß ein Mann bei ihr gewesen sei, fühlte sich vom Teufel und Männern verfolgt, wollte zum Fenster hinaus, blieb nachts nicht im Bett.

Am 11. 2. 08 Aufnahme in die Anstalt. Gracil; wiederstrebt bei der körperlichen Untersuchung. Sie lasse sich nicht totschlagen. Versteckt sich vor dem Arzt. Ist schwer zu fixieren, zerfahren, ratlos, läppisch-heiter. Erzählt, daß sie in Gedanken sprechen höre und Gestalten sehe.

Weithin zeigte Patientin Rededrang völlig incohärenten Inhalts, Hypermetamorphose, sichtliche Ratlosigkeit und Mangel von Affekt. Spricht auch von Phonemen, ohne näheres anzugeben. Nach einigen Wochen wird Patientin ruhig. Zeigt manierierte Haltung und grimassiert leicht, lacht und weint unmotiviert und ist ohne tiefgehenden Affekt.

Allmählich wird sie im äußern Verhalten leidlich componiert, behält aber Manieren. Ist läppisch-heiter und ohne jede Krankheitseinsicht. Am 1. 7. 08 auf Antrag gebessert entlassen. Wird am 16. 7. 08 wieder eingeliefert. Sie hatte sich zu Haus untätig und unverträglich gegen die Umgebung gezeigt und hatte unklar gesprochen.

Patientin zeigte sich fernerhin, sie wurde auch in den Jahren 1910 und 1912 in der Anstalt behandelt, dauernd stumpf, hatte auch im Bezug auf Willen und Intelligenz schwere Defekte, zeigte keinerlei zweckmäßige Initiative, hatte Manieren.

Sie menstruierte das erste Mal Ende August 08.

## Fall II.

Kurt B., geboren 9. 8. 91.

Keine Heredität. 3 gesunde Geschwister. Patient hatte bis zu 2 Jahren einen Hitzeausschlag. War sonst gesund. Normale Entwicklung. Er absolvierte zuerst eine Elementarschule bis zur 1. Klasse; Ostern 04 kam er auf eine Realschule; war für Quarta vorbereitet, kam aber nach Quinta. Aergerte sich darüber, fühlte sich dann auch von 2 Lehrern zurückgesetzt.

Er drängte schließlich die Mutter, sie solle zum Direktor gehen und ihm Ruhe verschaffen; es passiere sonst ein Unglück. Wurde einige Tage vor der Aufnahme in die Anstalt aus der Schule geschickt, weil er krank wäre. Schlief dann nicht, sprach fortwährend, erzählte allerlei, gebrauchte häßliche Ausdrücke.

19. 8. 04 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Für seine Jahre klein, schwächlich, etwas anaemisch. Ohrläppchen angewachsen. Orientiert. Rededrang, Stimmungsschwankungen, Fülle von Beziehungsideen, hauptsächlich gegen Haus und Schule. Er mischt sich in die Exploration anderer Kranker, verspottet und kritisiert sie. Bramarbasiert, wie stark er sei. Weiß die Namen von Pflegern und Kranken, beobachtet alles und schwatzt darüber. Schläft schlecht, Nach 12 Tagen Beruhigung. Noch immer lebhaft, aber sonst geordnet. Gewisse Krankheitseinsicht, angeblich keine Erinnerung für Einzelheiten der Psychose. 15. 9. 04 von der Mutter herausgeholt.

Zu Hause rasche Verschlechterung. Schlief nicht, pfiff fortwährend. Sagte, er habe Stimmen und höre die Melodien, nach denen er pfeifen müsse; sprach viel und alles durcheinander. Wollte schließlich selbst in die Anstalt und lief auf dem Wege dorthin der Mutter fort und allein in die Anstalt hinein.

20. 9. 2. 04 Aufnahme in die Anstalt. Bewegungsunruhe, Rededrang mit angedeuteter Hypermetamorphose. Große Reizbarkeit. Alle Leute hätten ihn geärgert, auch hier ärgere man ihn, der H. (ein anderer Kranker) lache ihn aus, man wolle ihn ins Zuchthaus bringen, seine Tage seien gezählt. Er renne sich den Kopf ein, da sei doch nur Heu drin, er habe Gehirnerweichung, er schlage alles tot. Beschwert sich über den „Fraß", den man ihm vorsetze; dafür müsse die Mutter Mk. 2,— geben; er wolle sich beim Magistrat beschweren. Schimpft in gemeinen Ausdrücken auf andere Kranke, spuckt vor ihnen aus, droht mit Tätlichkeiten. Berichtet in gleicher Weise von Stimmen, wie er es schon zu Hause getan. Pfeift viel. Weint. Schluchzt krampfhaft.

Etwa 10 Tage stark unruhig. Starker Rededrang, motorische Unruhe mehr unbestimmter Natur. Kommt aber auch zuweilen in Zustände hinein, in denen er mit geschlossenen Augen, die Arme im Ellbogen gebeugt, die Fäuste geballt, dasitzt und unter Schütteln der Arme schluchzende Laute ausstößt. Oefters nimmt Patient hockende Stellung ein. Wegen der Unruhe viel im Bade und im Isolierraum. Viel gereizt. Beeinträchtigungsideen: Man habe ihn absichtlich in die Spiegelwanne gesetzt, damit er sehe, was für einen Ausschlag er bekäme. Hypochondrische Vorstellungen: Das Herz schlage langsam, der Puls werde noch stillstehen; er habe jetzt einen Ausschlag, es seien die Masern, die Pocken; die anderen würden sich noch anstecken. Spricht viel vom Teufel, er sei ihm erschienen, er habe mit ihm gekämpft; er habe die Versuchung bestanden, er würde nun allerlei Künste verstehen, z. B. aus Luft Wasser machen. Er sei vom Teufel besessen, der Satan zwicke ihn mit Zangen, er sehe ihn ganz deutlich. Harangiert den Satan:

„Mach, daß du wegkommst“! Markiert die Hallucinationen in auffälliger Weise. Lärmt viel. Ist leicht ideenflüchtig. Reimt auch etwas. Gehobner Stimmung. Schreibt nach Haus, daß „er den Satan ordentlich veräppelt habe, es ginge hier sehr lustig zu, im Tobsaal sei das feinste Theater“. Unruhig. Duldet zeitweise kein Hemd. Wird ziemlich unvermittelt ruhig, verfällt aber nach einigen Tagen komponierten Verhaltens in die gleiche Erregung, wie vorher, die jetzt mit einer Pause von einigen Tagen mehrere Wochen anhält. Dabei rascher Stimmungswechsel; eintönig in seinen Produktionen. Spricht von Stimmen, man wolle ihn erschießen. Zuweilen wieder katatone Erscheinungen, wie schon oben angegeben. Wiederholt auch stereotyp ein und dieselben Ausdrücke. Einzelne Aeußerungen sekundär den Bewegungen angepaßt. Klopft z. B. mit dem Zeigefinger gegen die Wand und ruft: „Herein“ oder „es klingelt“.

Ende November 04 Beruhigung. Gehobener Stimmung, noch ziemlicher Rededrang. Er höre noch Stimmen. Er achte aber nicht darauf. Beschreibt, wie der Satan ihm erschienen. Weiterhin geordnet, bescheiden, kindlich-zutraulich. Hat Einsicht dafür, daß er krank und aufgeregt war, sich von allen geneckt und geärgert glaubte. Für die Einzelheiten der Psychose hat Patient ungenaue Erinnerung. Gewichtszunahme. Beschäftigt sich. Merkfähigkeit, Gedächtnis, Auffassung, Urteil intakt. 15. 2. 05 geheilt entlassen.

Nach der Entlassung ging Patient noch auf die Schule, machte Examen für Quarta, lernte dann Kaufmann. Die Inhaber des Geschäfts waren mit ihm zufrieden. Er war in nichts auffällig. Periodisch auftretende Stimmungsschwankungen waren an ihm nicht zu beobachten.

Drei Wochen vor dritten Aufnahme in die Anstalt

wurde er etwas unruhig, zeigte Stimmungsschwankungen. Warf sich manchmal der Länge nach auf die Chaiselongue und dehnte den Körper. Am 1. 8. 07 lief in ein Variété und sprach nachher die ganze Nacht verwirrt. Er erzählte von einem Bombenattentat, daß die Regierung umzingelt sei, usw. Am 16. 8. sprach er wieder völlig verwirrt. Auf die Bemerkung der Mutter, daß sie ihn dann in die Anstalt bringen müsse, sprang er mit dem Rufe: „Das können wir ja bald", aus dem Fenster der Parterrewohnung und wurde daraufhin am gleichen Tage in die Anstalt überführt.

Dort befand er sich in motorischer Unruhe, producierte in singendem Tone nur völlig incohärentes Zeug, machte allerhand manierierte Bewegungen, war gemütlich nicht erregt, war garnicht zu fixieren. Aß daß Essen gierig in sich hinein. Die Bewegungsunruhe hielt monatelang an; er imitierte auch die Bewegungen anderer Kranker. Zeitweise war er mutacistisch, zeigte auch Negativismus, war affektlos.

Im Februar 08 wurde er ruhiger, gab etwas Auskunft über die Krankheit. Habe Kopfschmerzen gehabt und mitunter Spannungsgefühle; der Gedankenablauf sei plötzlich verlangsamt gewesen. Er habe Stimmen gehört. Den Inhalt habe er vergessen. Er sei krank gewesen, aber nicht schwer. Habe aber manchmal nicht gewußt, was er getan. Die Aufnahme wäre wohl aber nötig gewesen.

Weiterhin hielt er sich geordnet. Das Körpergewicht nahm stark zu. War stumpf ohne rechte Einsicht in die Art und Bedeutung der Erkrankung, das Gebahren war kindlich-dement. Er war urteilslos und ohne Kritik, ohne Beschäftigungsverlangen; zur Arbeit geschickt, ließ er sich im Garten, ohne etwas zu tun, von der Sonne bescheinen. 21. 4. 08 gebessert entlassen. Wird von den Angehörigen in Familienpflege genommen.

## Fall III.

Willi S., geboren 27. 3. 96.

Von Heredität ist nichts bekannt. Geburt normal. Soll im 6. Lebensjahr einen Hitzschlag gehabt haben. Lernte leidlich in der Schule. In den Monaten vor der Anstaltsaufnahme kränkelte er vielfach an Halsentzündung und Schnupfen.

14. 3. 10 plötzlich auffällig. Aeußerte ganz zusammenhangslose Vorstellungen. Die Eltern sollten sich mit ihm versöhnen. Er habe mit dem Teufel gekämpft, der Tee sei das Blut, das Brot das Fleisch Jesu, er sei ein Jünger vom Herrn; ein Mädchen im Hause solle seine Frau werden. War übertrieben zärtlich gegen seinen Stiefbruder. Sagte plötzlich: „Da drüben stehen Männer, Mutter". Schlief nachts nicht. Stierte eine Nacht nach der Decke, schlug die Hände flehend zusammen, rief fortgesetzt: „Ich muß sterben, der liebe Gott will es haben". Holte seinen Hammer, schlug nach einem Kalender, weil er sich bewege, schlug ins Fenster; sagte, er müsse Holz hacken.

17. 3. 10 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Klein, mäßig entwickelt, schlecht genährt. Blaß, anaemisch. Herztöne etwas dumpf. II. Pulmonalton und Aortenton accentuiert. Leicht erregbare Herztätigkeit. Lebhafte Hautreflexe. Sehr schlaffe Kniegelenke. — Er antwortet bei guter Aufmerksamkeit sehr verlangsamt. Gibt nur wenig Bescheid, versagt auch. Hat Manieren, grimassiert andeutungsweise. Bald heiter, bald weinerlich ängstlich. Keine tiefere Affekterregung. Teilweise gehemmt, teilweise unruhig, läuft im Saal umher. Hallucinationen: Habe den Teufel gesehen, habe eine Stimme gehört, er solle die Leute, die um ihn seien, zerspalten. Glaubt, gerufen zu werden. Mit Urin unsauber. — Weiterhin Wechsel von ruhigem und unruhigem

Verhalten. Pfeift dann und singt, spricht verworren vor sich hin. Allitterationen, Reimbildungen. Oberflächliche Affektschwankungen. Gibt auch in ruhigen Zeiten nur wenig Bescheid.

Wird nach zwei Monaten dauernd ruhig, geordnet. Kann sich auf Einzelheiten der Krankheit nicht entsinnen. Steht der Krankheit ratlos gegenüber. Zeigt nur eine oberflächliche summarische Einsicht. Am 3. 6. 10 auf Antrag gebessert entlassen.

### Fall IV.

Anna D., geboren 22. 11. 92.

Anamnese sehr spärlich, von Heredität nichts angegeben. Patientin soll seit dem 7. Jahre an epileptischen Anfällen leiden, die etwa alle 8 Tage kämen. In den letzten 8 Tagen vor der Aufnahme in die Anstalt sprach sie wenig und aß nichts.

Am 17. 8. 07 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Blaß, verwahrlost, schwache Haltung, akinetisch. Gesichtsausdruck etwas stumpf. Zunge belegt. Foetor ex ore. Diffuse Infiltration über beiden Lungen. Kotstauung.

In den nächsten Monaten ruhig im Bett, meist in einförmiger Haltung. Unbelebter Gesichtsausdruck. Gibt nur wenig mit monotoner Stimme Bescheid. Aeußert hypochondrische Vorstellungen: Der Leib sei ganz voll, von dem, was man mache, wenn man zu Kübel gehe; deshalb könne sie nichts essen; auch die Hände und Füße seien voll davon. Mitunter ganz ablehnend, mürrisch verdrossen, aber ohne lebhafte Affektäußerung. Ohne zweckmäßige Initiative. Speichelt viel. Unsauber. Muß zeitweise künstlich ernährt werden. Klagt nachher, daß der ganze Schlauch noch in ihr drinstecke. Kommt einmal plötzlich aus dem Bett und

bittet entlassen zu werden: Der liebe Gott habe es ihr gesagt. Aeußert auch einmal, ihr Fleisch sei nicht mehr verfault, der liebe Gott wohne in ihrem Herzen und habe gesagt, sie sei schon gestorben und sei schon im Himmel. Anfang Dezember 07 drängt sie in gehobener Stimmung fort; der liebe Gott habe ihr gesagt, sie sei jetzt völlig gesund. Sie wolle bei dem reichsten Kaiser arbeiten; sie habe sich schon eine Million Mark verdient; sie sei sehr klug und habe auf der Schule sehr gut gelernt. Schrieb nach Hause ganz zerfahrene Karten und Briefe.

Am 9. 12. 07 gegen ärztlichen Rat von den Eltern herausgeholt. Wird bereits am 13. 12. 07 von der Mutter in die Anstalt zurückgebracht. Sie war von Hause weggelaufen, hatte sich umhergetrieben, und hatte nicht arbeiten können.

In den folgenden Monaten zeigte sie viel Bewegungsunruhe, grimassierte, machte stereotype und pseudospontane Bewegungen, produzierte auch zeitweise einen Rededrang völlig incohärenten Inhalts. Hatte gesteigerte Aufmerksamkeit; besprach läppisch witzelnd, was im Saal vorging, und antwortete für andere Patientinnen. Verhielt sich der Exploration gegenüber ganz zerfahren, zeigte, keine tiefere Affekterregung. Hatte auch kurze hypochondrische Episoden. War vorübergehend akinetisch und mutacistisch.

Am 29. 5. 09 nach Provinzial-Anstalt Br. überführt.

Während ihres Anstaltsaufenthaltes in Breslau hatte Patientin öfter in unregelmäßigen Abständen ausgesprochen epileptische Anfälle. Einmal wurde noch außerdem an ihr ein kurzdauernder Zustand leichter Bewußtsseintrübung beobachtet.

Im September 07 menstruierte sie zum ersten Mal in der Anstalt (die Anamnese besagt nichts darüber, ob sie

schon vorher einmal menstruiert hatte), dann setzten die Menses aus und kamen erst im Juni 08 wieder, und zwar dann in regelmäßigen Abständen.

Patientin blieb bis November 09 in Provinzial-Anstalt Br., sie war dort meist stumpf, unregsam, gab wenig Auskunft oder war ganz mutacistisch. Gelegentlich war sie auch motorisch erregt, zeigte Stereotypieen. Von epileptischen Anfällen ist in der Krankengeschichte nichts erwähnt.

Fall V.

Anna J., geboren 12. 3. 99.

Keine Heredität. Mutter der Patientin hatte im ganzen 9 Kinder; 2 sind nach der Geburt gestorben; eine Fehlgeburt.

Patientin war als Kind gesund. War stets ordentlich, still für sich. Hat in der Schule gut gelernt. Seit 15. 9. 13 war sie in Breslau in ihrer ersten Stellung als Dienstmädchen.

Sie erschien der Dienstherrschaft sonderbar, sehr verstockt, schweigsam, antwortete kaum, mußte zur Arbeit gestossen werden. Am 8. 11. 13 erkrankte sie an Halsschmerzen, kam ins Allerheiligen-Hospital und wurde am 1. 12. 13 von Diphtherie geheilt entlassen.

Als sie aus dem Krankenhaus zur Dienstherrschaft zurückkam, erschien sie grob auffällig. Sie gab den Hospitalentlassungsschein dem Dienstherrn und war dabei so „komisch“. Sie ging auf ihn zu und wollte ihn umarmen. Sagte, sie wolle ihm einen Kuß geben um der Barmherzigkeit willen. Ging dann raus. Sollte sich umziehen, wurde aber nicht mehr gesehen, so daß die Dienstherrin sie als vermißt anmeldete.

Am 1. 12. 13 wurde Patientin in die Städtische Heilanstalt aufgenommen. Kräftig gebaut, genügend genährt, stellt sich recht unzweckmäßig bei der körperlichen Unter-

suchung. Kommt ihr nicht entgegen. Sensibilität ist nicht möglich näher zu prüfen. Ist zu indolent dazu, reagiert nicht sehr auf Nadelstiche. Conjunctivalreflexe fehlen.

Ruhig im Bett. Zeigt keinen Affekt. Produziert spontan nichts. Läßt alles aus sich herausziehn, macht bisweilen einen verträumten Eindruck. Mitunter lange Reaktionszeiten. Zeigt deutliches Danebensprechen, reimt sinnlos. Ist ganz zerfahren. Streckt zuweilen plötzlich den rechten Arm in die Höhe. Entwickelt bald einen lebhaften Bewegungs- und Rededrang. Macht stereotype und pseudospontane Bewegungen. Singt, pfeift. Ist in ihren Aeußerungen ganz incohärent. Wiederholt einzelne Redewendungen in stereotyper Art. Zeigt Andeutungen von Wortsalat, sinnlose Wortbildungen. Lacht bald, bald weint sie. Zeigt aber keinen tiefergehenden Affekt.

Wird nach einer Woche gesperrt und ist meist mutacistisch. Zeitweise Flexibilitas und Negativismus. Starrer Gesichtsausdruck. Speichelt viel. Nachts sprang Patientin einmal aus dem Bett; weinte, die Mutter sei gestorben, sie sehe den schwarzen Tod. Ab und zu gab sie auf belanglose Fragen einige kurze Antworten, die laut, explosionsartig herausgestossen wurden. Wird noch, während sie sich in der Sperrung befindet, von der Mutter am 7. 3. 14 herausgeholt.

Patientin hat bis zu ihrem Anstaltsaufenthalte und während desselben nicht menstruiert.

Von den eben geschilderten Fällen zeigen I und II im Ausgang die charakteristischen Defekte des Gemüts und Willens der Dementia praecox, so daß schon dadurch einwandsfrei ihre Zugehörigkeit zu dieser Krankheitsgruppe erhärtet wird. Bei Fall I pfropft sich die Hebephrenie auf

einen schon bestehenden Schwachsinn auf. Bei Fall II ist bemerkenswert, daß der Defekt sich erst am Ende der 3. Beobachtung deutlich zeigt. Wäre er mit 16 Jahren nicht in die Anstalt wiedergekehrt, so hätte man bei der Bewegungsunruhe, den Stimmungsschwankungen, der Reizbarkeit und der Neigung zu Beziehungsideen wohl eher an eine verworrene Manie als an einen Dementiapraecoxfall denken können. Die rein katatonen Symptome und der Affektmangel stellten sich erst im weiteren Verlauf der Psychose deutlicher heraus.

Der Mangel an tiefergehendem Affekt, der Wechsel von katatoner Erregung und Hemmung, die Ratlosigkeit, mit der der Patient der Krankheit gegenüber steht, und die nur oberflächliche Einsicht beim Eintritt der Beruhigung, charakterisieren auch den 3. Fall als einen der Dementia praecox angehörigen.

Bei Fall IV und V handelt es sich um ganz ausgesprochen katatone Zustandsbilder mit Hyperkinese, Stereotypieen, Sperrung, Negativismus und Affektmangel, die noch akut bestanden, als die Kranken die Anstalt verließen. Es besteht kein Anlaß, die beiden Fälle nicht der Dementia praecox zuzuzählen. Im Falle IV hatte sich allerdings die Dementia praecox zu einer schon bestehenden Epilepsie hinzugesellt, die aber ihrerseits das Krankheitsbild nicht weiter beeinflußte. Katatone Zustandsbilder kommen ja bei Epileptikern auch vor, sind aber von kürzerer Dauer und gehen mit größerer Bewußtseinstrübung einher, was beides auf Fall IV nicht zutrifft.

Fall IV und V kann man zwangslos als Dementia praecox katatonica bezeichnen. Ob man die ersten 3 Fälle eher der hebephrenen als der katatonen Varietät der Dementia praecox zuzählen will, ist Ansichtssache. Die Uebergänge zwischen den beiden sind ja doch fließende. Ohne Zweifel

spielt auch in diesen 3 Fällen der katatone Komplex eine große Rolle. Das würde der von Vogt (8) gemachten Erfahrung, daß die katatone Form in der Kindheit dominiere, einer Erfahrung, der auch Strohmayer (11) beitritt, entsprechen. Dem Alter nach standen sämtliche Fälle dem Pubertätsalter nahe, Fall II war 13, die übrigen Fälle waren fast 14 oder 14 Jahre alt, so daß man wohl an einen Zusammenhang zwischen den beginnenden Pubertätsvorgängen und dem Beginn der Psychose denken könnte. Strohmayer (11) betont zwar die nur unbestimmte Beziehung zwischen Hebephrenie und Pubertät, und es sind ja auch Fälle in der Literatur beschrieben, wo der Beginn der Dementia praecox schon weit vor der Pubertät eintritt. Ueber einen derartigen Fall verfüge ich nicht.

An dieser Stelle möchte ich Fall VI einreihen, der ein durchaus hebephrenes Zustandsbild bot, aber nur 14 Tage beobachtet werden konnte; daher nicht mit solcher Sicherheit als Dementia praecox anzusprechen ist, wie die vorausgehenden Fälle.

Fall VI.

Reinhold J., geboren 8. 3. 96.

Mutter des Patienten geisteskrank. Patient Fleischerlehrling. In der Lehre anstellig, gutmütig, still. Kein Schwindel- oder Krampfanfall beobachtet. Etwa 10 Tage vor der Aufnahme in die Anstalt ein geringfügiger Unfall beim Radfahren. Lag 4 Tage im Bett und klagte nachher über Kopfschmerzen und Seitenstechen. Arbeitete dann wieder einige Tage.

Am 14. 12. 10 wurde er bei der Arbeit plötzlich auffällig. War teilnahmslos, apathisch, machte alles verkehrt, sprach nicht, lief hinter dem Meister wie ein Schaf her, machte mechanisch eine Handreichung unausgesetzt sinnlos

weiter. 15. 12. 10 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Klein, wenig entwickelt. Gesteigerte Sehnenreflexe. Gehemmt. Unfrei, versonnen, gibt nur stockend Bescheid. Macht oft nur Ansätze zum Sprechen. Versagt oft ganz. Geht auf Fragen nach örtlicher Orientierung nicht ein. Zeitlich desorientiert. Gedächtnis intakt. Gibt von psychotischen Erlebnissen nur an, ängstliche Gedanken gehabt zu haben. In der Nacht habe es ihn geschreckt, als wenn er gerannt gekommen wäre.

Weiterhin gehemmt, fast mutacistisch, ängstlich weinerlich. Macht nur einmal eine Andeutung auf hallucinatorische Erlebnisse: Es habe nachts schlecht gerochen. — Später wird er etwas freier, spricht etwas mehr. Drängt planlos fort, bringt unbestimmte Klagen hypochondrischer Art vor. Steht psychotischen Erlebnissen ratlos gegenüber. Gibt keine Auskunft über sie. 29. 12. 10 ungeheilt, auf Antrag des Stiefvaters entlassen.

## Fälle von manisch-depressivem Irresein.

### Fall VII.

Walter N. geboren 3. 4. 95.

Großvater an Schwindsucht gestorben, war kopfschwach infolge einer Verletzung im Kriege. Großmutter, Mutter und eine Mutterschwester leiden an linksseitigen Kopfschmerzen. Vater Trinker, hatte einmal Krämpfe.

Patient war nach der Geburt asphyktisch. Als Kind kräftig. Lernte früh sprechen, mit 14 Monaten laufen. Mit $1^1/_2$ Jahren zum ersten Male Krämpfe. Soll an der Straße sitzend vor einem Pferd erschrocken sein. Die Mutter fand ihn in Krämpfen mit einem geschwollenen Fuß. In der ersten Woche nach dem Unfall hatte er 3 bis 4 mal Krämpfe, dann seltener. Mit 4 Jahren hörten die Krämpfe auf. Kein

Bettnässen. Hatte öfters Kopfschmerzen im Hinterkopf. Mit 7 Jahren ging er wegen einer schiefen Schulter in eine orthopädische Anstalt. War stets munter, gesellig, spielte mit anderen Kindern. Lernte gut in der Schule. Machte sich in der Lehre als Schlosser gut. Wurde vom Meister ertappt, als er zwei Eisenstäbe zum Verkauf wegnehmen wollte, und geschlagen. Zu einem anderen Meister in die Lehre gegeben, erzählte er selbst von dem versuchten Diebstahl, wurde gehöhnt und mit Schrauben geworfen.

Am 24. 4. 09 weinte er; äußerte, er könne nicht weiter leben, jedermann kenne seine Schande, man riefe es ihm nach. Gelegentlich einer Predigt, in der der Pfarrer von Diebstahl sprach, schrie er laut auf und bezichtigte sich selbst des Diebstahls. Suchte sich mit dem Feuerhaken vor den Kopf zu schlagen.

Am 26. 4. 09 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Klein, für sein Alter wenig entwickelt. Linke Scapula tritt stärker hervor als die rechte. Weinerlich ängstlicher Stimmung, ratlos, gehemmt. Antwortet verlangsamt. Jammert viel. Aeußert nur, er könne nicht mehr leben, weil er den Diebstahl begangen habe. Alle Leute sehen ihn an und verhöhnten ihn. Verkennt. Nach einigen Tagen wird er unvermittelt heiter und aufgeräumt. Will sich an alles entsinnen, nur nicht an die Verkennung. Habe sich so geängstigt, weil er gestohlen habe. Bleibt heiter und übermütig. Neckt andere Patienten. Stellt es, zur Rede gestellt, in Abrede, fängt schließlich zu weinen an. Sobald der Arzt den Rücken dreht, setzt er die Neckereien fort. Bei Erwähnung des Diebstahls ruhig und gelassen. 24. 5. 09 auf Antrag der Mutter entlassen.

Fall VIII.

Arnold G., geboren 28. 8. 95.

Patient war in einem Erziehungsinstitut für hilfsbedürftige Kinder und als Lehrling in einem Geschäft untergebracht. Ein Tag vor der Aufnahme in die Anstalt wurde er plötzlich auffällig. Lachte albern vor sich hin. Schnitt Gesichter. Sang und pfiff. Ging nicht mehr ins Geschäft. Erklärte, er habe keine Lust zum Kaufmannsberufe, der ihm aufgezwungen sei; er habe Schlosser werden wollen. Jetzt wolle er Erzieher werden; er werde schon wissen, wie er das anfangen werde.

17. 5. 10 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Für sein Alter gut entwickelt. Orientiert. Läßt sich nicht fixieren. Achtet fast garnicht auf die Fragen. Rededrang ganz verworrenen Inhalts. Spricht daneben. Läppisch heiter. Bewegungsdrang grimassiert. Singt, pfeift, springt über die Betten. Drängt sich an andere Kranke. Beschäftigt sich im Bade mit Herumplätschern. Keine Hallucinationen nachweisbar.

Wird nach einer Woche ruhig, geordnet. Ist verdrossen, sichtlich depressiver Stimmung. Hat Erinnerung an die vorhergehenden Tage. Will alles mit Absicht gemacht haben. Schiebt die Unruhe auf Einwirkung der Umgebung. Wenn man ihm Verhaltungsmaßregeln gegeben hätte, so würde das nicht vorgekommen sein. Entwickelt wenig Initiative. Drängt hinaus, kann sich aber nicht entschließen, zum Zweck der Entlassung einen Brief zu schreiben.

12. 9. 10 verhält sich durchaus geordnet. Beschäftigt sich zweckmäßig. Dem Arzt gegenüber etwas gedrückter Stimmung. Sonst sichtlich heiter, manchmal sogar laut und ausgelassen. Gibt gut Auskunft. Nicht stumpf, nicht zerfahren, etwas reizbar. Genügende Krankheitseinsicht. Die

Krankheit habe plötzlich begonnen; er habe bei heiterer Stimmung viel Vorstellungen im Kopfe gehabt. Habe alles mögliche werden wollen. Kein Gedächtnis-, kein Intelligenzdefekt. Sei immer leicht erregbar gewesen. Weiß nichts von bisherigen manisch-depressiven Zuständen.

30. 9. 10 geheilt entlassen.

## Fall IX.

Frieda K. geboren 22. 3. 94.

Vater der Patientin hatte mit 12 bis 13 Jahren ca. alle 4 Wochen „Starrkrampf"; seitdem angeblich gesund. 6 Geschwister der Patientin leben, gesund. Patientin ist das 2. Kind. Die Mutter der Patientin hatte eine Fehlgeburt.

Patientin war ein ernstes Kind, las viel, lernte gut in der Schule, besorgte in dem Jahr vor der ersten Aufnahme in die Anstalt, während einer Krankheit der Mutter, die Häuslichkeit.

Vor Pfingsten 07 war sie 4 Wochen psychisch krank. Sie erzählte, daß der Pastor, bei dem sie den Konfirmandenunterricht besuchte, sie nicht konfirmieren würde; sie hätte einer Frau Geld gestohlen. Sie wollte sich das Leben nehmen, trank Petroleum, weinte, schlief schlecht, lief nachts weg. Dann wurde es wieder gut. Anfang Februar 08 fing sie wieder an, sie könne nicht leben, es sei nicht schön hier. Band sich eine Schnur um den Hals um sich zu erhängen. Brannte sich an. Schlief schlecht. Wollte sich nicht konfirmieren lassen. Vom 31. 3. 08 bis 4. 5. 08 war sie in der Breslauer psychiatrischen Klinik. War ruhig, geordnet, gab aber über die Krankheit keine Auskunft. War meist trotzig, verstockt, schnippisch. Erzählte von einem Fall im vorigen Sommer, bei dem sie mit dem Kopfe gegen einen Balken gestoßen sei. Seitdem hätte sie viel Kopf-

schmerzen gehabt und hätte nicht recht gewußt, was sie sagte. Nach der Entlassung aus der Klinik fing sie zu Hause gleich an zu toben, war niederträchtig, aß wenig, ließ auch die Geschwister nicht essen. Sie kämen zu nichts, wären Säufer und Schlemmer und müßten verarmen. Schimpfte und schlug die Geschwister, wollte die Mutter anbrennen, so daß man die Patientin einschließen mußte. Behauptete, die Leute schimpften und lachten sie aus. Trieb es fortwährend so. War wohl tätig, brachte aber nichts fertig.

15. 6. 08 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Grazil gebautes Mädchen. Lebhafte Patellarreflexe. Schmerzempfindung anscheinend etwas herabgesetzt. Würgreflex nicht sehr lebhaft. Sonst keine hysterischen Stigmata. — Orientiert, Gedächtnis, Auffassung, Merkfähigkeit ohne Störung. Gute Schulkenntnisse. Ueberlegungen und Vorstellungen dem Alter entsprechend. Etwas geniert. Rückt nicht gern mit der Sprache heraus. Gibt die in der Anamnese erwähnten Dinge nur zum Teil zu, sucht sie abzuschwächen, sie als belanglos hinzustellen. Sie sei zu Pfingsten vorigen Jahres krank gewesen, habe alles solche Sachen geredet. Wollte sich das Leben nehmen. Es sei aber Unsinn, wenn man das täte, sie habe sich bloß über jedes Bissel geärgert. Dieses Jahr im Februar habe sie auch solche Faxen geredet, sie würde sich das Leben nehmen. Sagt in Bezug auf die Familienangehörigen: „Mich können sie nicht leiden. Die sollen sparen mit dem Essen, mögen nicht“. Behauptet, daß auch in der Anstalt die anderen sie auslachen, Bemerkungen über sie machen, wie: „Was will die denn hier? Die will blos Essen haben. Die ist gesund. Die muß ins Zuchthaus. Was die sich mag denken. Die ist die Richtige; die war schon auf der Auen-

strasse.“ (Psychiatrische Klinik) „Jetzt kommt sie hierher“. Fraglich, ob wirkliche Halluzinationen bestehen. Es macht den Eindruck, daß sie während der Exploration hinzukonfabuliert. — Patientin hält sich zunächst ruhig, quält nur wegen Entlassung, erzählt mit einer gewissen Selbstgefälligkeit von zu Haus, ist häufig verstimmt, weint.

28. 6. 08. Wird lebhafter, zeigt gesteigerten Rededrang, spricht fast unaufhörlich, teils für sich, teils für jeden, der es hören will. Im Ideenkreis dabei sehr eingeengt. Spricht beständig von den häuslichen Verhältnissen. Zählt ihren Besitzstand auf, zieht Parallelen zwischen Zuhaus und der Anstalt, mit dem Schluß, daß es zu Haus schöner sei. Geht räsonnierend auf und ab, mäkelt an allem. Gesteigertes Selbstgefühl. Weiß alles besser. Ist herrisch gegen andere Kranke. Geht nur auf Fragen ein, die sich ihrem Ideenkreis anpassen. Meist ganz vergnügt, zuweilen dreist. Ißt und schläft schlecht. Spricht auch nachts vor sich hin.

Weiterhin wird Patientin stärker erregt, lärmt, schreit, schluchzt nach Art eines ungezogenen Kindes. Drängt planlos weg, jedes Kind wolle seine Eltern sehn, das sei doch natürlich. Unbelehrbar. Wird auf Einwendungen nur noch heftiger. Ergeht sich gern in Superlativen und Extremen. Häufige Wiederholung derselben Redensarten, Räsonniert, es sei eine Gemeinheit, sie in den Tobsaal zu sperren, sie solle wohl die Schwindsucht bekommen. Rühmt mit deutlich gesteigertem Selbstgefühl, daß ihr Vater als Einziger, einen Brennofen erfunden habe, mit einem kaiserlichen Patent. Ganz Deutschland könne sich vor ihrem Vater verstecken, und die Tochter eines solchen Vaters sperre man in die Irrenanstalt. Zeigt wahnhafte Ansätze, es würden falsche Nachtberichte geschrieben. Produziert

spärliche Größenideen. Ihr Vater sei Hofbankier, er habe ein Gut bei Berlin, Verwandte seien Hofdamen. Wiederholt dieselben Ideen häufig und fügt jeden Tag etwas Neues hinzu. Spricht und schimpft viel und zusammenhanglos. Singt stundenlang mit begleitenden Armbewegungen Lieder. Exploration gegenüber unzugänglich. Gereizt. Weinerlich verstimmt. Verprügelt impulsiv andere Kranke. Nachts häufig unruhig. Muß vorübergehend künstlich ernährt werden.

29. 10. 08 nach Provinzial-Anstalt L. überführt.

Am 7. 4. 09 aus L. entlassen. Hatte sehr zugenommen. Kam Ende April 09 in ein Geschäft. Da es ihr dort zu anstrengend war, half sie ein paar Wochen zu Hause. Dann kam sie in das Kontor einer Strohhutfabrik. Wurde, weil sie zu langsam sein sollte und ihr das Stillsitzen nicht paßte, dann im Lager beschäftigt. Saß dort mitunter still und untätig da und weigerte sich schließlich ins Geschäft zu gehen. War die letzte Woche vor der zweiten Aufnahme in der städtischen Heilanstalt sehr still, zeigte sich aber reizbar, schimpfte auf Frauen in der Nachbarschaft, sie sollten sie nicht angaffen. Als der kleine Bruder einmal schrie, glaubte sie, man wolle ihn stehlen. Wurde zeitweise heftig, raste im Hause herum, packte den kleinen Bruder bei den Beinen, riß die Mutter an den Haaren, wollte Feuer anlegen. Aeußerte, sie sei Friedrich der Große, sie habe die Schlacht bei Leuthen geschlagen, sie schließe keinen Frieden mit der österreichischen Armee. Schlief und aß nicht.

16. 8. 09. Zweite Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Läßt sich vom Arzt kaum berühren. Reagiert auf keine Anrede. Wendet sich unwillig ab. Völlig mutazistisch. Verläßt manchmal das Bett, sieht sich um, lächelt mitunter

und steht im Saal umher. — Kommt nach mehreren Tagen aus dem Mutismus heraus. Schleudert ganz zusammenhanglose Wortfolgen heraus: „König von Spanien, Ehebrecher, Martin Luther, Katechimus, Du hast meine Seife gestohlen, Sieben Zeppelins über Zimpel“ usw. Schwatzt dann häufiger mit Rededrang ganz incohärentes Zeug. Häufig auch deutlich Hypermetamorphose. Schimpft, drängt fort, schlägt an die Türen. Oft auch versonnen, lächelt vor sich hin grimassiert. Nicht zu fixieren. Immer ablehnend gegen den Arzt. Muß dauernd künstlich ernährt werden, wobei sie sich heftig wehrt. Beklagt sich nachher voller Wut über Mißhandlung, sucht irgend etwas zu zerstören.

29. 10. 09 nach Provinzial-Anstalt Lü. überführt.

Im Oktober 1910 aus der Provinzial-Anstalt entlassen, beschäftigte sich zu Haus bei den Eltern. War fleißig, ruhig und lenksam.

Zwei Tage vor der dritten Aufnahme in die Städtische Heilanstalt wurde sie plötzlich wieder unruhig, sprach wieder alles durcheinander, lachte viel, lief allein in die Breslauer psychiatrische Klinik. Von dort wurde sich am 30. 3. 1911 in die Städtische Heilanstalt aufgenommen.

Patientin ist voller und kräftiger geworden, heiterer, gehobener Stimmung. Läßt sich nicht fixieren. Spricht verworren, ideenflüchtig vor sich hin und äußert eine Menge Größenideen. Spricht von Napoleon, Friedrich dem Großen, von Kriegführen, Schlösser bauen usw. Posierte Haltung, selbstgefälliges Gebaren. — Weiterhin Rededrang, verworrenen, ideenflüchtigen Inhalts, Hypermetamorphose, lebhafte Affektschwankungen. Plötzlich gereizt, brutal, aggressiv. Springt über die Betten hinweg, verkennt, singt, schimpft; schläft nachts wenig. Muß zeitweise künstlich ernährt werden.

24. 5. 11 nach Provinz-Anstalt Br. überführt.

Dort zeigte sie anfangs noch Unruhe und Rededrang. Dann wurde sie ruhig, war aber unzugänglich, abweisend, widerstrebend, auch unsauber, wurde auch plötzlich aggressiv. Allmählich nahm sie ein komponiertes Verhalten an, hatte teilweise Erinnerung an die Psychose und Einsicht.

23. 5. 11 aus der Provinzial-Anstalt Br. beurlaubt, arbeitete sie den Sommer 12 in korrekter Weise in der Breslauer städtischen Baumschule. War gutmütig, sehr anhänglich an die Mutter. Anfang November 1912 war sie eine zeitlang sehr verdrießlich, gereizt, schlug in die jüngeren Geschwister. Das gab sich aber bald wieder. Auf Wunsch eines Oberstabs-Veterinärs trat sie am 15. 11. 12 bei ihm in Stellung. Die Herrschaft war mit ihr zufrieden.

14 Tage vor der vierten Aufnahme in die Städtische Heilanstalt sprach sie auffallend laut, schlief die letzten Nächte nicht, sprach fortwährend, klagte über Kopfschmerzen. Bei einem Spaziergang mit ihrer Schwester in die Stadt kletterte sie an einer Baustelle auf einen Wagen und lud von diesem Steine ab. Zankte sich mit den Arbeitern. Sollte von der Herrschaft nach Hause geholt werden, ging aber von selbst fort, bevor ihr Bruder sie abholte. Er erreichte sie bei einem Bekannten, wo sie sich umzog. Sie fuhr den Bruder an, als er sie aufforderte, mit nach Haus zu kommen, und lief fort. Der ihr folgende Bruder sah sie mit einem jungen Menschen am Arm in einen Straßenbahnwagen einsteigen. Der Schaffner, der von dem Bruder auf die Krankheit der Patientin aufmersam gemacht wurde, forderte sie auf, auszusteigen. Sie weigerte sich aber und schimpfte heftig, so daß ein großer Auflauf entstand, und ein Schutzmann sie mit zur Wache nahm. Dort äußerte sie, ihre Schwester sei die Schwester vom

Grafen Waldersee. Ihr Vater hätte einen großen Prozeß gehabt, hätte alle Richter reinlegen können. Das vom Schutzmann aufgenommene Protokoll wollte sie selbst lesen; in den Krankenwagen ging sie gutwillig mit und sagte: „Auf die Einbaumstraße? (Städtische Heilanstalt). Mit denen werde ich schon fertig."

8. 3. 13 vierte Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. In gutem Ernährungszustand. Gut entwickelt, lebhafte Reflexe. — Deutlich gehobener Stimmung. Gesteigerter Rededrang, ideenflüchtiges Abschweifen, großsprecherisch. Räsonniert, bramarbasiert, übertreibt. Dabei Gedächtnis und Orientierung intakt. Stellt die Vorkommnisse, die sie in die Anstalt geführt haben etwas entstellt dar; sie habe bloß Kopfschmerzen, sei so verwirrt, weil ein großer Auflauf entstanden sei. Erzählt selbstgefällig, wie sie einen Arzt in der chirurgischen Klinik abgefertigt habe. Uebertriebene Ausdrucksbewegungen, Bewegungsdrang.

Weiterhin erregt. Rededrang. Ideenflucht. Lärmt. Singt. Bald euphorisch, bald gereizt. Spricht scherzhaft daneben. Gibt schnippsche Antworten. Geht auf Explorationen nicht ein. Sie wolle nicht wieder ein Jahr in der Wanne sitzen. Der Stationsarzt habe ihr das Gehirn zerpitzelt. Sie heiße nicht K., sie sei schon gestorben. Schlägt im Bade an die Wanne und spritzt das Wasser heraus.

13. 3. 13 in die psychiatrische Klinik überführt.

Wenn Patientin zum ersten Mal menstruierte, kann ich nicht feststellen. Vor ihrem ersten Aufenthalte in die Städtische Heilanstalt, und während desselben, hatte sie noch nicht menstruiert. Nach der Entlassung aus der Provinzial-Anstalt Br. im Jahre 1912 war die Periode regelmäßig.

Patientin befindet sich momentan noch in der Provinzial-

Anstalt Br. Sie wurde im Mai 13 dorthin überführt und verhält sich nach anfänglicher Unruhe, seit Monaten geordnet. Sie beschäftigt sich fleißig, ist nur still und wortkarg.

Im Fall VII handelt es sich um ein Kind, das von Jugend an psychopathische Züge wie Krämpfe, Kopfschmerzen, schließlich Neigung zu Eigentumsvergehen bot. Dieses brachte dann das auslösende Moment für die Entwickelung eines ausgesprochen melancholischen Zustandes mit Depression, Hemmung, Einengung auf die depressiven Vorstellungen und Lebensüberdruß. Nach dem Abklingen des depressiven Zustandes ist ein leicht manisches Verhalten des Patienten nicht zu verkennen. Das alles erscheint mir den Fall als Melancholie von kurzer Dauer, wohl gegen die atypischen Verstimmungen, wie sie Friedmann (9) schildert, und die nur psychopathische Reaktionen sind, abzugrenzen.

Fall VIII bietet einen Zustand dar, der durch Rede- und Bewegungsdrang und heitere Stimmung charakterisiert ist. Vor dem Eintritt des komponierten Verhaltens kommt ein Stadium der Depression und leichten Hemmung. Daß es sich um eine affektive Psychose und nicht um eine Dementia prrecox handelt, zeigt wohl die gesteigerte Affektivität und die sofortige Stellungnahme zur Krankheit und Neigung, sie in seinem Sinne zu erklären. Auch der Mangel jeglichen Defekts bei der Entlassung spricht dafür, wenn es auch bei einem Dementiä-praecox-Fall vorkommt, wie ja auch oben Fall 2 zeigt, daß nach dem ersten Krankheitsschube noch kein Defekt nachweisbar zu sein braucht. Ideenflucht, die in diesem Falle nicht hervortat, fehlt ja auch manchmal bei vorstellungsarmen Manieen Erwachsener, und ein Kind kann man wohl in dieser Hinsicht einem vorstellungsarmen Erwachsenen gleichsetzen.

Bei Fall VII und VIII läßt sich eine gewisse Tendenz aus der melancholischen in eine manische, resp. aus der manischen in eine melancholische Stimmungsphase zu verfallen, nicht verkennen, so daß man wohl erwarten kann daß sich bei ihnen sowohl manische, wie melancholische Zustandsbilder im späteren Leben einstellen werden. — Anamnestisch war in beiden Fällen von Phasen manisch-depressiven Irrseins nichts zu eruieren.

Fall IX ließ sich über einen viel längeren Zeitraum hin beobachten, als die beiden voranstehenden. Nach der Anamnese kamen Anfangs 2 depressive Phasen, dann folgten in relativ kurzen Intervallen Zustände manisch erregten Verhaltens mit Bewegungs- und Rededrang, sichtlich gesteigerter Affektivität, gehobenem Selbstgefühl und Größenideen. Vor der zweiten Aufnahme in die Städtische Heilanstalt scheint Patientin leicht gehemmt gewesen zu sein, und im Beginn ihres zweiten Aufenthaltes in der Städtischen Heilanstalt befand sie sich wohl in einem manischen Stupor. Nicht uninteressant ist es zu sehen, daß das sprachliche Moment in der Psychose Anfangs nicht eine solche Rolle spielt und erst mit dem Wachsen des Vorstellungsschatzes die Ideenflucht deutlich hervortritt. — Daß es sich nicht um den schubweisen Verlauf einer Dementia praecox handelt, zeigt die ständig gesteigerte Affektivität, die garnicht in Stumpfheit übergeht, die ungeschädigte Initiative und die Fähigkeit sich dem praktischen Leben anzupassen in den freien Intervallen.

Bei Fall VIII war ein psychisches Moment bei der Auslösung der Psychose beteiligt; bei den anderen Fällen war ein bestimmtes ursächliches Moment nicht zu finden.

Fall VII und VIII erinnern an die milden Melancholien und Manien Friedmanns (9), „die im Kindesalter meist vereinzelt bleiben“, aber „als Vorläufer der periodischen

Psychose des reifen Lebensalters", zu erblicken sind. Fall 9 würde sich der von Friedmann charakterisierten Verlaufsform der periodischen Psychose, bei der relativ große Serien von depressiven und manischen Zuständen mit relativ kleinen gesunden Intervallen aufeinander folgen, anpassen lassen. Sie ist nach Friedmann bei Kindern nicht gerade selten. Ehlers (10) bringt auch Beispiele für sie bei.

Strohmayer (11) ist der Auffassung, daß manisch-depressives Irresein und Pubertät in ursächlicher Beziehung stehen. Es sind ja allerdings Fälle in der Literatur beschrieben, wo affektive Psychosen schon weit vor der Pubertät in Erscheinung traten, so der Fall von Liebers (12). Meine Fälle befinden sich in einem Alter, das der Pubertät relativ nahe ist; Fall VII und VIII sind bei Beginn der Erkrankung im 15. Fall 9 im 14. Jahre.

## Fälle degenerativen Irreseins.

### Fall X.

Lothar G., geboren 12. 5. 05.

Mutter des Patienten nervös. Sonst keine Heredität. Patient hat 7 gesunde Geschwister.

Patient ist das 4. Kind. Geburt war schwer, hat aber nicht übermäßig lange gedauert. Keine Kunsthilfe. Im ersten Jahre Magen- und Darm-Katarrh. Mit 2 Jahren einmal Zahnkrämpfe. Später nie mehr etwas von Anfällen irgendwelcher Art. Kein Bettnässen. Mit $2^1/_2$ Jahren doppelseitige Lungen-, mit 5 Jahren doppelseitige Rippenfell-Entzündung. 1912 Scharlach ohne Folgeerscheinungen. Hat sich sonst körperlich, auch geistig normal entwickelt. Hatte nur öfter Kopfschmerzen. Bot nichts von psychischer Epilepsie. War still, ruhig, kam mit der Umgebung nicht in Konflikt. War nicht reizbar. Kam auf der Schule gut fort.

Seit Januar 1912 zeigte er sich nachts mehrfach ängst-

lich erregt, sprach von einer weißen Gestalt, die neben ihm im Bett schlafe, von einem schwarzen Kerl, der von der Decke herunterkomme. Kam auch nachts aus dem Bett. Der Beginn der psychischen Erkrankung fiiel zeitlich zusammen mit dem Tode der Großmutter. Patient fürchtete sich schließlich vor der Nacht, zeigte Abneigung vor der Wohnung und bat die Mutter auszuziehen.

28. 10. 13 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Gracil, in etwas herabgesetzten Ernährungszustand. Leichter allgemeiner Tremor. Schallverkürzung über der rechten Lungenspitze. Erster Mitralton hauchend. Herzaktion nicht ganz regelmäßig. — Klar orientiert. Gedächtnis intakt. Gibt über die psychotischen Zustände an, daß er seit dem Tode der Großmutter, von dem er sprechen gehört, immer gegen Abend Angst empfunden habe. Auch vor finsteren Stuben habe er Angst gehabt. Wenn er im Bett gelegen habe, habe er teils eine weiße, teils eine schwarze Gestalt gesehen, habe sie auch neben sich gespürt. Manchmal habe er das Bett verlassen, habe hinter sich herlaufen und sich beim Vornamen rufen hören. Nachts sei er sehr häufig aufgewacht und habe die gleichen Erscheinungen wahrgenommen.

Hält sich in der Anstalt geordnet, still. Etwas empfindsam. Intelligenz zeigt, nach Methode Binet geprüft, keinen Defekt.

17. 11. 13 Patient wird, nachdem er einige Nächte im Dunkeln auf der ruhigen Station geschlafen, nachts auffällig. War ängstlich unter ein Bett gekrochen und hatte von einem Engel gesprochen. Er gab darüber klare Auskunft. Er habe sich schon mehrere Tage immer vor der Nacht gefürchtet, weil er doch habe im Finstern schlafen müssen. Schließlich hätte er die eine Nacht schon garnicht mehr

geschlafen; gegen Morgen wäre ein weißer Engel gekommen, der so ausgesehen hätte, wie die Engel eben aussehen, und hätte sich auf sein Bett gesetzt. Er hätte vor Angst geschrieen, und der Engel wäre in eine Ecke geflogen.

Patient schlief weiterhin nicht mehr im Dunkeln und zeigte sich auch nicht mehr auffällig. Er hielt jedoch dauernd an der objektiven Realität der psychotischen Erlebnisse, die er zu Haus und in der Anstalt gehabt hatte, fest.

2. 12. 13 wurde er von der Mutter herausgeholt.

## Fall XI.

Else L., geboren 7. 11. 09.

Mutter der Patientin hatte 3 Entbindungen. 1. Kind an Erkältung gestorben, 2. Kind lebt, hat viel Kopfschmerzen, Patientin 3. Kind, sonst keine Heredität.

Geburt der Patientin normal. Mutter hat gestillt. Patientin hatte Schafblattern, zweimal Masern, Scharlach, dann Polypen in der Nase, hat mit $1^1/_2$ Jahren sprechen und laufen gelernt. Ruhiges gutes Kind. War immer ernst. Hat schlecht gelernt, auch öfters wegen Krankheit in der Schule gefehlt. Geht in die dritte Volksschulklasse. Im August—September 13 wegen Lungenspitzenkatarrh, im Januar—Februar 14 wegen Neuropathie im Wenzel-Hankeschen Krankenhause behandelt. Sollte in der Schule zusammengebrochen sein. Im Krankenhause nur konstatiert, daß sie suggestibel wäre und zu Uebertreibungen und Confabulationen neige. Ging dann wieder in die Schule. Hatte aber öfter Uebelkeit und Schwindel.

13. 3. 14 ein schwerer Erregungszustand in der Schule. Warf Bücher herum, riß Kleider vom Rechen, raufte sich Haare aus. Starrte eine Weile vor sich hin. Wollte auf einmal zum Fenster heraus. Eine Stiefschwester, die man

holen ließ, erkannte sie zunächst nicht. In den folgenden Tagen hatte sie zu Hause verschiedentlich Erregungszustände. Riß alles von der Wand, biß sich in den Finger, wollte im Hemd auf die Straße, erkannte auch eine Zeitlang Niemanden. Außerhalb der Erregungszustände verhielt sie sich ruhig und wollte nur nachher nichts von ihnen wissen. In der Schule sollte sie schon längere Zeit eine choreatische Unruhe gezeigt haben.

16. 3. 14 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Blaß. In mäßigem Ernährungszustande. Größe und Entwickelung dem Alter entsprechend. Ueber der linken Lunge oben etwas verschärftes Atmen. Herztöne etwas dumpf, in der Schlagfolge nicht ganz regelmäßig. Zeigt eine choreatische Unruhe mäßigen Grades. Sprache nicht beeinträchtigt. Auch keine Störung der intendierten Bewegungen. – Klar, orientiert. Gedächtnis intakt. Gibt selbst an, nervenkrank zu sein. Will keine Erinnerung an die Erregungszustände haben. Will nur Hitze und Angst unbestimmter Natur empfunden haben. Sie habe nichts sagen können, sei so wie stumm gewesen. Spricht nur auf Suggestivfragen davon, daß sie „so Gespenster gesehen habe, so weiße Menschen; die hätten ihr alles vorgezeigt, lauter Turnübungen.“ Will die choreatische Unruhe erst seit dem 13. 3. 14 haben. Könne die Hände nicht erhalten.

23. 3. 14. Nach anfänglichem komponierten Verhalten ein Erregungszustand. Sie begann zu weinen, zu schreien, warf die Betten herum, riß sich die Sachen vom Leibe, wälzte sich im Bett, suchte nach der Pflegerin zu schlagen, rief eintönig: „Mutter, ich will das Messer haben, ich kann das nicht ertragen“. Gab auf Fragen an, sie sei hier zu Haus, der Arzt sei ihr Vater, die Pflegerin ihre Mutter. Machte mit der Zunge schnalzende Bewegungen. Beruhigte

sich von selbst. War nachher weinerlich, gab nur an, es sei ihr so heiß geworden. Die Eltern seien dagewesen, sie hätte sie gesehen, sie hätten sie nach Hause holen wollen.

Verhielt sich weiterhin geordnet. Die choreatische Unruhe war nur gering. Wurde noch einmal nachts unruhig. Sah jemand im Nebenzimmer stehen, sah Geister, kroch unter die Betten. Wollte, soweit sie in ihren psychotischen Zuständen erregt war, nichts davon wissen. Häufig Klagen über Kopfschmerzen. Aeußert mitunter auch, sie habe Angst, daß ein Anfall kommen würde. Beruhigt sich auf Suggestivmittel. Hat nach Binet ein Intelligenz-Alter von 11 Jahren; mitunter vorlaut, ungezogen, naseweis anderen Kranken gegenüber.

Befindet sich gegenwärtig noch in der Anstalt. — Hat noch keine Menstruation gehabt.

### Fall XII.

Gertrud L., geboren 21. 12. 99.

Die Mutter der Patientin hatte 4 Fehlgeburten, außerdem ein totgeborenes Kind. 5 Geschwister der Patientin leben, eins klein gestorben. 4 Geschwister sind gesund. Ein Bruder bekam mit 2 Jahren eine Lähmung beider Beine. Eine Schwester des Vaters lungenkrank. Sonst keine Tbc.-Heredität.

Patientin war als kleines Kind kräftig, lernte rechtzeitig laufen und sprechen. Hatte Masern, beim Zahnen Brechdurchfall, einmal eine Eiterung am Nabel. Kam mit 6 Jahren auf die Schule, lernte gut, war meist die erste. Klagte nie über Kopfschmerzen.

9 Wochen vor der Aufnahme in die Anstalt zum ersten Male Krämpfe, mehrfach hintereinander. War bewußtlos, ganz steif. War dann 14 Tage im Allerheiligen-Hospital.

Erbrach und klagte über den Leib. Hatte in der Folge noch zwei Anfälle. Kein Zungenbiß, keine Verunreinigung. 5—6 Tage nach der Aufnahme im Allerheiligen-Hospital sprach sie garnicht mehr. Aus dem Hospital herausgenommen, war sie zeitweise sehr erregt, hieb um sich, wollte zum Fenster heraus, rief manchmal aus dem „Traum“ nach Vater und Mutter, sprach aber sonst garnicht. Nahm den Angehörigen zeitweise das Essen weg, wandte sich dann wieder mit bittenden Gebärden an sie. Machte auch manchmal Zweckmäßiges, putzte z. B. Sachen. Wenn Patientin nicht erregt war, schien sie alles zu verstehen. Mitunter verständigte sie sich schriftlich.

Am 4. 12. 09 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. — Unterernährt, gracil, blaß. Kein Zeichen irgendwelcher peripheren Lähmung. Gebraucht gleichmäßig beide Arme und Beine. Ist zu keiner sprachlichen Aeußerung zu bringen. Heult mitunter. Sagt auf alle Ansprachen nur stoßweiße „ja, ja“, führt einfache Aufträge aus, versagt bei komplizierten. Geht an bezeichnete Stellen, bleibt auf Kommando stehen. Sucht unter vorgelegten Gegenständen nicht die verlangten heraus. Als sie einen Bleistift sieht, macht sie Zeichen, daß man ihn ihr geben soll. Schreibt dann das Wort Mutter, sowie die Adresse der Mutter auf.

Weiterhin heult sie, so bald man sich mit ihr beschäftigt. Schreit auch ohne Anlaß in unartikulierten Tönen. Nimmt sich anfangs auch ein Lesebuch vor, liest anscheinend mit Verständnis, schlägt sich ein bestimmtes Gedicht auf. Schreibt auf Verlangen auch Wörter aus dem Buche ab, irrt sich manchmal in den Buchstaben. Korrigiert sich aber auf Aufforderung richtig. Schreibt auch aufgefordert ihren Namen und Geburtsdatum. Schreibt statt Gertrud Gertert, statt Dezember Dececember. Wird vorübergehend erregt, heult,

bäumt sich nach hinten über, stößt die Pflegerin weg, schlägt an die Türen. Bietet dann Wochen hindurch ein ganz stereotypes und eintöniges Bild. Sitzt im Bett, schreit von Zeit zu Zeit, grimassiert, macht stets die gleichen Bewegungen; äußert außer „ja, ja“ sprachlich nichts. Hat ein belebtes Gesicht, achtet sehr auf die Umgebung, beobachtet die anderen Kranken. Streckt dem Arzt stets die Hand entgegen. Läuft ihm auch manchmal entgegen oder nach. Schreibt nicht; gereichtes Papier und Bleistift stößt sie weg. Schläft viel.

Fängt Mitte März 1910 an zu sprechen. Spricht zunächst nur auf Fragen, mit leiser Stimme, langsam, als wenn sie das Wort erst prüfe. Spricht in der Art eines Kindes, das sprechen lernt, oft nicht in ganzen Sätzen: wiederholt oft ein Wort der Frage. Läßt Buchstaben aus; spricht alles nach. Bezeichnet Gegenstände und Farben. Zeigt Sprachverständnis. Schreibt. Zeigt sich bei der Untersuchung interessiert. — Nach mehreren Tagen fängt sie spontan an zu sprechen, ist erst sehr verschüchtert, kann für ihren Mutismus keine rechte Erklärung geben. Sagt nur, sie hätte sprechen gekonnt, nur nicht gewollt. Patientin weint auch bisweilen. Ihr Vater wäre da gewesen sie zu holen, hätte aber nicht hereingedurft. Oder, man habe gesagt, sie würde ins Armenhaus kommen.

Späterhin hält sie sich äußerlich geordnet, benimmt sich in Abwesenheit des Arztes, erwachsenen Patienten gegenüber, höchst ausgelassen, ist aber dem Arzt gegenüber sehr schüchtern und will nicht recht mit der Sprache heraus. Manchmal spricht sie nur ganz leise und stößt mit der Zunge an, manchmal spricht sie wieder ungehindert.

Weiterhin wird sie des Nachts ängstlich erregt. Erzählt, daß sie einen hellen Schein gesehen, daß sie ein Geist

gerufen und gestochen habe. Greift Wahnideen einer anderen Kranken auf; deren Verfolger hätte sie in den Kopf gestochen. Gibt dem Arzt nicht recht Auskunft. Versteckt sich und wird verlegen. Drängt die Mutter außerordentlich einen Entlassungsantrag zu stellen. Behauptet, die Mutter wolle sie nicht mehr nehmen, sie solle weggeschickt werden.

Wird am 9. 5. 10 auf Antrag der Mutter als gebessert entlassen.

Fall XIII.

Elfriede A. geboren 14. 1. 02

Mutter der Patientin war vom 3. bis 15. Jahr „ganz dumm", wußte nicht, was sie machte, dann wurde es besser. Ein Mutterbruder geisteskrank. Aus der Ehe der Eltern der Patientin lebt das älteste Kind. Die drei nächsten Kinder starben, und zwar ein paar Zwillinge an Lebensschwäche, eins an Krämpfen. Dann kam Patientin, dann noch 6 Kinder, die gesund sind, und außerdem noch 3 Fehlgeburten. Patientin ist eigentlich ein Zwilling; der andere war welk. Es waren zwei Nachgeburten.

Geburt der Patientin war leicht, nicht von langer Dauer. Patientin war kräftig und ausgebildet. Mit der Flasche aufgezogen. Mit 1/2 Jahre ging mit dem Stuhl Blut ab; auf Leberthran wurde es besser. Patientin hatte etwas englische Krankheit. Lernte rechtzeitig sprechen, erst mit 3 Jahren laufen. Von Jugend auf mitunter Schwindelanfälle, doch nie Krämpfe. Fiel in den Schwindelanfällen nicht hin. Kein Bettnässen. Als sie mit 4 Jahren mit andern Kindern einmal lärmte, wurde sie mit Wasser begossen, erschrak sehr, und hatte dann „wie Abzehrung". Lag still da, sprach nicht, aß wenig. Nach 14 Tagen erholte sie sich. Mit 7 Jahren kam sie zur Schule; nach 1/2 Jahre schickte sie der Rektor wegen Geistesschwäche nach Haus. Blieb

darauf bis Ostern zu Hause. Dann ging sie wieder in die Volksschule und machte im Schreiben und Rechnen ihre Sache. Zum Lesen hatte sie keine Geduld. Blieb öfters sitzen. Zu Haus blieb sie nicht gern. War eigensinnig, zankte sich mit den Geschwistern und schlug gleich zu.

Sie erkrankte plötzlich am Tage der Aufnahme in die Städtische Anstalt. War in der Schule, sollte schreiben, malte aber nur. Wurde von der Lehrerin geschlagen, weil diese an Verstellung dachte. Von anderen Kindern wurde sie nach Hause gebracht, lief aber zuerst in eine falsche Straße. Gab keine Auskunft. Saß ruhig, ganz teilnahmslos da, schlief dann. Ließ sich willenlos anziehen, als sie die Mutter in die Anstalt brachte.

28. 8. 13 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Kleines, schwächliches Kind, in herabgesetztem Ernährungszustande. Sträubt sich im Badezimmer, will zur Tür hinaus. Gibt einen falschen Vornamen und falsches Alter an. — Später gibt sie gar keinen Bescheid mehr. Teilnahmsloser, zeitweiser erstarrter, zeitweise verschlafener Gesichtsausdruck. Sträubt sich bei der Untersuchung. Gesteigerte Patell.-Reflexe. — Liegt ruhig in schlaffer Haltung im Bett. Keine Initiative, kein Negativismus. Reagiert auf Stiche. Unsauber. Masturbiert. Wird schon am 1. 9. 13 von seiner Mutter aus der Anstalt geholt.

Nach der Entlassung war sie zu Haus 8 Tage sehr unruhig, wollte zum Fenster hinaus, hatte Angst, fragte, wo sie denn wäre.

Am 30. 9. 13 Aufnahme in die Breslauer psychiatrische Klinik. Bei der Untersuchung zerstreut, bleibt nicht sitzen, nicht ängstlich. Im Bett manus ad genitale. — Wird dann ängstlich, unruhig, klettert auf das Fenster, sagt, sie hätte Angst, weil sie immerfort donnern tun. — Weiterhin teils

ruhig im Bett, viel masturbierend, teils ängstlich ratlos; drängt fort, weint, gibt keine Antworten. Am 10. 10. 13 von der Mutter herausgeholt.

Zu Haus wollte sie gleich in die Schule, war auch ein paar Tage dort und folgte auch.

Am 27. 10. 13 2. Aufnahme in die Psychiatrische Klinik. War 2 Tage vorher aus der Schule geschickt worden, hatte über Kopfschmerzen und Angst geklagt. Soll sich auf dem Heimweg auf die Schienen der Straßenbahn gesetzt haben. Sprach immerfort ein und dasselbe, sie habe große Angst.

In der Klinik, Neigung zu Stereotypieen. Tanzt händeklatschend im Zimmer herum, wiederholt monoton die gleichen Worte. Redet, was ihr gerade in den Sinn kommt. Hört zuweilen mitten im Satz auf zu sprechen. Starrt wie geistesabwesend vor sich hin. Weint und lacht in raschem Wechsel. Singt monoton. Läuft viel herum. Drängt aus den Türen. Unbeeinflußbar, unzugänglich. Antwortet nicht. Widerstrebt. Behauptet von einer Pflegerin geschlagen worden zu sein. Masturbiert. 7. 11. 13 auf Wunsch der Mutter entlassen.

Ging wieder in die Schule, machte ihre Schularbeiten und war zu Hause ruhig. Am 25. 11. 13 wurde sie auffällig. Sie sagte immer, sie sei so müde. Wollte aber am nächsten Tage doch zur Schule. Kam allein zurück. Erzählte, sie habe gebrochen, und klagte, sie habe Angst. Spielte mit der Hand im Schoß. Schränkte die Beine übereinander, wenn sie auf dem Stuhle saß, und blieb rein weg. Aeußerte, die Mutter wäre die Muttel nicht, der Papa wäre nicht der richtige; man tue ihr alles zum Possen. Sagt immer: „Gelt, ich komme nicht fort“.

29. 11. 13. 2. Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. — Blaß. Patell.-Reflexe gesteigert. Fußklonus angedeutet. Sensibilität nicht zu prüfen. Wird ängstlich. Schreit. Sträubt

sich. Macht bei der Untersuchung allerlei Mätzchen. — Hält der Exploration schlecht stand. Bleibt nicht auf dem Stuhle sitzen. Läuft immerfort umher, nennt ihren Namen und Alter, wiederholt dann ständig: „Elfriede A. 10 Jahre". Zeigt Danebensprechen.

| | |
|---|---|
| „Wo hier?" | „Das weiß ich nicht." |
| „Weshalb hierher?" | „Weil ich ins Bettchen will." |
| „Was ist mit Dir?" | „Das weiß ich nicht." |
| „Hast du Angst?" | „Ja." |
| „Wovor?" | „Das weiß ich nicht." |
| „Wieviel Augen hast du?" | „Das weiß ich nicht." |
| „Wieviel Finger?" | „5." |
| „Im ganzen?" | „10." |
| „Ein Pferd wieviel Beine?" | „5." |
| „Ein Pferd wieviel Beine?" | „Das weiß ich nicht." |
| „Hund Beine?" | „5." |
| „Gans?" | „Das weiß ich nicht." |
| „Tut dir das weh?" | „Ja." |
| „Was?" | „Garnichts, ich bin so müde." |
| „Wieviel Beine hast du?" | „15." |
| „Du selbst?" | „Das weiß ich nicht." |

Weiterhin läuft sie viel im Saal herum, ist nörglich und weinerlich, drängt fort. Will aber nicht wissen, wo sie ist. Zieht sich aus, bewegt sich im Tanzschritt hin und her. Behauptet, daß die Eltern gegenüberwohnen. Behauptet ohne Grund, daß die Pflegerin sie geschlagen habe. Klagt über Angst. Ist wenig ansprechbar, ist auf wenige Vorstellungen eingeengt. Faßt die Fragen nicht auf, wiederholt dieselben. Masturbiert viel, ganz ungeniert, ohne Rücksicht auf die Anwesenheit des Arztes. — Ab und zu ist sie auch ruhig und sieht sich Bilder an.

Nach reichlich 14 Tagen wird Patientin ziemlich rasch

geordnet. Masturbiert nicht mehr und ist im wesentlichen orientiert. Gibt nur an, daß sie Angst hatte, weil sie nicht bei der Mutter gewesen wäre. Gibt aber auch zu, daß sie zu Hause auch Angst gehabt hätte. Weiß auch von ihrem ersten Aufenthalt in der Anstalt. Sie habe damals die Sprache verloren gehabt. Gibt zu, daß sie krank gewesen, ist aber ohne Wertung der Krankheit.

Intelligenzprüfung nach Binet ergibt ein Intelligentalter von 8 Jahren, also ein Zurückbleiben von 4 Jahren gegen das Lebensalter. Sie zeigt dabei genügende Aufmerksamkeit. Ist von mäßiger Auffassung; schlecht in Urteil und Kombination. Hat auch keine ethischen Vorstellungen. Sie kann lesen, schreiben, rechnet auch leidlich. Merkfähigkeit nicht besonders.

Weiterhin geordnet, beschäftigt sich. Vergnügter Stimmung. Zeigt nichts von Manieren.

19. 2. 14 entlassen. Von der Mutter herausgeholt. Zu Haus ging es ihr nur einen Tag gut. Als sie am 2. Tage zum Arzt ging, wurde sie feuerrot und konnte nichts rechtes antworten. Klagte über Hitze, lief zu Haus ängstlich herum und verlangte selbst in die Anstalt gebracht zu werden, damit sie Medizin für die Nerven bekäme.

21. 2. 14. 3. Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Gab nur wenig Auskunft. War weinerlich, klagte über Angst. Zeitweise war sie auch heiter. Sie masturbierte viel und war erotisch, zudringlich gegenüber dem Arzt. Komponiertes Verhalten trat dann später ein, wurde aber zeitweise von ängstlich weinerlichem Verhalten unterbrochen. Sie befindet sich noch in der Anstalt.

### Fall XIV.

Helene W. geboren 9. 9. 93.

Mutter und ein Bruder der Patientin mit 16 Jahren an

Phthise gestorben. 3 Geschwister der Patientin leben. Vater gesund.

Geburt der Patientin war normal. Lernte rechtzeitig sprechen. Hat die Schule besucht. Wurde in einem Waisenhaus erzogen. Linkes Bein, von Kindheit an, etwas schief. Klagte immer über Schmerzen in der linken Seite. Kam ins Allerheiligen-Hospital, wegen Tbc. coxitis.

25. 5. 06 Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Wachsartige Gesichtsfarbe. Herzdämpfung verbreitert. Töne scharf. Starke Beschleunigung der Herztätigkeit. Sensibilität ohne Störung. Urin stark getrübt. Enthält reichlich Eiweiß; viel granulierte Zylinder, Epithelien, Staphylo- und Diplococcen. Kein Fieber. — Verdrossen, weinerlich. Gibt etwas über Personalien Auskunft. In der örtlichen Orientierung unsicher. Aengstlich erregt, die andern Kranken seien gestorben. Behauptet, daß die anderen auf sie schimpfen. Hält einen sich bewegenden Schatten für eine Maus. Fährt bei Geräuschen zusammen, schreit, weint, verlangt selbst nach einer Spritze. Wird so unruhig, daß der am linken Bein befindliche Streckverband entfernt werden muß.

Patientin wird ganz unleidlich. Gibt keine Auskunft, ist trotzig ablehnend. Stößt, kratzt, schlägt, spuckt, schimpft in den obscönsten Ausdrücken. Heimtückisch. Absichtlich unsauber. Spuckt ins Essen. Droht mit Umbringen. Macht Strangulationsversuche. Bleibt fieberfrei. Urin nicht mehr so stark getrübt, enthält wenig Eiweiß; im spärlichen Sediment granulierte und Wachszylinder.

Behält bis zur Entlassung durch Monate hindurch ihr unleidliches Wesen bei. Zeitweise verhält sie sich den anderen Patientinnen gegenüber ruhiger. Zeitweise schimpft sie sie in der unflätigsten Weise und wird gegen sie aggressiv. Gerät völlig außer sich, sobald sie ein männliches Wesen

erblickt, schimpft in unerhörter Weise, verfügt über eine erstaunliche Kenntnis von Obscönitäten. Bei der Visite muß Patientin aus dem Saal entfernt werden. Sie schreit die anderen Kranken in herrischer Manier an, will ihren Willen haben, verlangt allerhand Benefizien in befehlendem Ton. Spielt Pflegerinnen und Kranken allerhand Possen. Beschuldigt andere Kranke, mit denen der Arzt gesprochen, sie hätten sich von ihm küssen lassen. Nachts meist ruhig. Gibt nie eine Erklärung für ihr Verhalten, läßt sich nie explorieren. — Humpelt anfangs auf dem linken Bein, geht dann sicher, nur leicht hinkend. — 20. 2. 07 nach Provinzial-Anstalt L. überführt.

Nach dem Auszug der dortigen Krankengeschichte, zunächst im Verhalten unverändert. Dieselbe Erregung, sobald sie ein männliches Wesen erblickt, im Jahre 08 auch einmal beim Anblick des Bildes des Kronprinzen. Oeffnet die verschlossenen Fenster, zwängt sich durch die Scheiben klettert am Gitter hoch, macht auf Patientinnen Angriffe. — Beschäftigt sich sonst auf Station. Schließt sich an die Stationspflegerin an, zu der ihr Verhalten einen erotischen Charakter trägt.

Dezember 07 die erste Menstruation.

Stürzt sich einmal auf den Arzt, fällt dabei neben ihm bewußtlos hin. Schaum vor dem Munde, tiefer Atem, bleibt widerstandslos, scheint die Umgebung nachher nicht zu erkennen. Ein ähnlicher Anfall am Nachmittag desselben Tages, Schaum vor dem Mund, Pupillen ad maximum erweitert. Hornhaut-reflexe erhalten. Vollkommen anästhetisch. August 08 beim Anblick des Arztes in paroxysmaler Erregung. Kniet nieder. Wiederholt immer wieder: „Ach Mädel, knie a mal für mein Mädel“, beißt den Arzt in erotischer Weise, sucht ihn festzuhalten, begrüßt ihn als Mädel,

küsst ihn. Dabei von gedunsenem, blaurotem Aussehen. Pupillen weit. Dann später nimmt sie ihr altes, ablehnendes Verhalten gegen die Aerzte wieder auf. Halluziniert vorübergehend Phoneme.

Eine durch die Pflegerin erfolgte Prüfung auf Schulkenntnisse ergibt ein negatives Resultat. Brachte auch einfache Aufgaben nicht zustande.

Späterhin läßt sie sich von einer Pflegerin unterrichten, ist zeitweise ruhig, arbeitet auch, zeitweise ist sie wieder reizbar und erregt.

19. 8. 10 gebessert, zur Schwester nach Breslau beurlaubt.

23. 12. 13. 2. Aufnahme in die Städtische Heilanstalt. Kommt aus dem städtischen Armenhaus. — Lebhafte Sehnenreflexe. Sensibilität o. B., linkes Bein im Hüftgelenk bei passiven Bewegungen nicht ganz frei. — Etwas geziert, kokett im Wesen. Abgelenkt durch die Umgebung. Hält einer geordneten Exploration schlecht stand. Ist ungedulig. Will nur das haben, was ihr paßt. Kommt sich wichtig vor und ergeht sich mit Vorliebe in allgemeinen Phrasen. Orientiert. Gibt über den Lebenslauf Auskunft. Will nur nichts davon wissen, daß sie bereits in der Anstalt gewesen. Gibt zu, in der Anstalt L. ihrer Nerven wegen gewesen zu sein. Sei dann eine zeitlang im Kloster zum guten Hirten gewesen. Später bei einer Tante und dann bei 2 Damen. Von da sei sie zu den Borromäerinnen gegangen, weil sie lieber unter Schwestern sein wollte. — Periode kam unregelmäßig und selten. — Berichtet von allerhand nervösen Erscheinungen. Man habe gesagt, die Fliege an der Wand ärgere sie. Posiert etwas. Sie habe sich nirgends glücklich gefühlt, sie wünsche sich am liebsten den Tod. Niemand hätte sie gehabt, mit dem sie ihre Gedanken hätte austauschen können.

Zunächst untätig, in lässiger Haltung, leicht erotisch zum Arzt, sucht sich interessant zu machen. Sie habe das Leben satt; will ein spitzes Messer haben. Will wegen Kopfschmerzen die Haare abgeschnitten haben. Ißt wenig, Schläft auf Schlafmittel.

Am 4. Tage gegen Arzt und andere Kranke heimtückisch und rücksichtslos aggressiv, schimpft in ordinärer Weise, zotet, donnert an die Türen, lärmt. Dann meist sehr unruhig, neigt zu allerhand Unfug. Aergert und neckt die anderen Kranken, revidiert die Taschen des Arztes. Drängt andauernd fort. Sehr schwankender Stimmung. Verkennt mitunter den Arzt, hält die Pflegerinnen für Männer. Will ihnen die Perrücken herunterreißen, wird gegen sie aggressiv. Redet sie aber manchmal auch mit Fräulein an und erkennt auch wieder den Arzt richtig. Verlangt Handarbeiten, ist zudringlich, macht, wenn ihr der Wille nicht geschieht, viel Lärm. Ist auch nachts störend, gibt sich zur geordneten Exploration nicht her und antwortet scherzhaft ausweichend. — Patientin wird in den letzten Tagen etwas ruhiger und wird am 2. 2. 14 nach Anstalt Br. überführt.

Bei Fall X handelt es sich um nächtliche, halluzinatorische Zustände psychogener Natur, die mit Angst einhergingen, und durch ein affektbetontes Erlebnis ausgelöst waren. Im weiteren Verlauf bekommen sie einen leicht theatralischen Anstrich. Von den Pavornocturnus-Zuständen der Epileptiker und Psychopathen läßt sich der Fall wohl abgrenzen, da sich bei ihm die Angstzustände nicht aus dem Schlaf heraus entwickeln, er in ihnen lucide bleibt, die Situation sonst richtig auffaßt, und ganz gute Erinnerung an die Zustände hat. Patient hatte sonst keine hysterischen Symptome, so daß es sich also wohl eher um eine degene-

rative, als um eine hysterische Psychose im engeren Sinne gehandelt hat.

Im Fall II war Patientin debil und hatte noch als anderweitiges Zeichen der bei ihr bestehenden Psychopathie eine leichte choreatische Unruhe. Zustände von Schwindel und Uebelkeit gehen voran. Dann folgen Erregungszustände und Delirien, die ausgesprochen hysterischer Natur sind. Die relativ geringe Bewußtseinstrübung, das theatralische Gebaren, die psychogene Vermittelung einiger Vorstellungen in den psychotischen Zuständen, die Art, wie sich das Entstehen neuer Erregungszustände, durch Suggestiv-Mittel coupieren läßt, alles das, sowie das Fehlen von psychischen Symptomen der Epilepsie im Allgemeinverhalten der Patientin, sprechen gegen die Annahme, daß es sich um eine Epileptica handeln könnte.

Bei Fall XII steht von Symptomen im Vordergrund der lang anhaltende Mutismus, der wie das Zerrbild einer Aphasie aussieht. Dazu kommen Erregungszustände und Züge motorischen Verhaltens. Daß es sich um keine organisch bedingte Aphasie gehandelt haben kann, dafür sprechen das Fehlen jeder peripheren Lähmung, die erhaltene Fähigkeit des Schreibens, das völlig erhaltene Sprachverständnis, die Art, wie Patientin dann wieder in der Manier eines kleinen Kindes zu sprechen beginnt. Daß es sich nicht um einen Stupor auf dem Boden der Dementia praecox handelte, dagegen ist anzuführen, daß Patientin auch während des Mutismus nicht teilnahmslos war, sondern sehr auf die Umgebung achtete. Der Affekt stand zu wenig im Vordergrunde des Bildes, als daß man an eine affektive Psychose denken könnte. Es bleibt also nur übrig, den Zustand als einen hysterischen aufzufassen. Die Krämpfe vor der Aufnahme, die Art der Erregungen, die auch nachts mit

Halluzinationen auftraten, das gelegentliche Aufgreifen von Wahnideen einer anderen Kranken, passen durchaus in das Bild eines solchen hinein.

Bei Fall XI und XII war von einer psychogenen Auslösung der Psychose nichts bekannt.

Bei Fall XIII, einem leicht imbecillen Mädchen, haben sich schon in der Zeit vor der Aufnahme Schwindelanfälle, und einmal aus psychischer Veranlassung, ein Stupor-Zustand gezeigt. Auch bei ihrer jetzigen Psychose handelt es sich im Wesentlichen um ein stuporöses Verhalten, das zeitweise von Zuständen motorischer Erregung mit katatonen Zügen unterbrochen wird. Die Bewußtseinstrübung im Stupor, die mit Angst und Einengung einhergeht, ist ganz deutlich. Dabei befindet sie sich in geschlechtlich gesteigerter Erregung. Trotz der Züge katatoner Erregung möchte ich den Fall nicht der Dementia praecox zuzählen. Hebephrene Defektsymptome fehlen; Patientin zeigt gar keine Stumpfheit, der Affekt ist dem Erlebnis angepaßt, in den freien Intervallen zeigt sie ein zweckmäßiges Eingehen auf die Umgebung. Dabei zeigt sie eine ganze Reihe degenerativer Züge, wie auch die Klagen über die angebliche Mißhandlung; ihre Art, wie sie bei der zweiten Aufnahme antwortet, entspricht auch mehr dem Verhalten, in einem Ganserschen Zustande, als hebephrener Zerfahrenheit. — Für eine Psychose des mechanisch-depressiven Irreseins, an die man auch denken könnte, war der Anteil des Affekts am psychopathologischen Bilde ein zu geringer. Ich glaube daher den Fall den degenerativen Psychosen zuzählen zu müssen.

Daß die Psychose durch den Schlag der Lehrerin etwa ausgelöst wurde, scheint mir nicht einwandsfrei aus der Anamnese hervorzugehen. Patientin war vielleicht schon krank, als die Lehrerin sie schlug.

Fall XIV ist gekennzeichnet durch die Monate lang anhaltende Neigung zu Erregung und gänzlich asocialen Verhalten, die Patientin ganz unzugänglich macht. Sehr stark tritt auch ein erotisches Moment in der Psychose hervor. Psychogene Momente sind nicht zu verkennen. Die Bewustseinstrübungen und Ohnmachten in Provinzial-Anstalt L. tragen einen hysterischen Charakter. Als sie mit zwanzig Jahren zum zweiten Male in der Städtischen Heilanstalt zur Aufnahme gelangte, zeigt sie die egocentrische Denkweise und das posierte Gebaren der Degenerierten. Sie zeigt nichts von den Defektsymptomen der Dementia praecox. Sie verfällt sehr bald in das asociale Verhalten wie bei ihrem ersten Anstaltsaufenthalt. Die ständige Neigung zu Erregungen und die starke gemütliche Irritabilität lassen die Vermutung nicht ganz abweisen, daß der Fall in Beziehung zum manisch-depressiven Irresein zu setzen sei. Es fehlt jedoch bei der Kranken das Getragensein vom Affekt und die Art von Produktivität, die, und wenn sie sich auch nur in motorischen Leistungen äußerte, der Manie eigen ist. Ich glaube daher den Fall unter die degenerativen Psychosen rubrizieren zu müssen.

## Fälle der unsicherer Diagnose.

### Fall XV.

Wally H., geboren 24. 7. 01.

Eine Vaterschwester hat nach einem Blitzschlag an Krämpfen gelitten. 5 jüngere Geschwister der Patientin sind gesund. Die Mutter hatte ein Frühgeburt.

Geburt der Patientin verlief ohne Schwierigkeit Sie lernte rechtzeitig laufen und sprechen. Mit 3 Jahren blieb sie einmal, als sie im Bett lag, „ganz weg", war wie tot,

die Augen geschlossen, doch ohne Zuckung. Sonst nie Krämpfe. Knirschte nachts immer mit den Zähnen, doch schrie sie nicht auf. Hatte Keuchhusten und Röteln. Ging mit 6 Jahren zur Schule, lernte gut, war gut gelitten, spielte an Gesellschaftsabenden Theater mit als Puppe und Clown war ein gutes Kind. Besorgte die kleinen Geschwister, half in der Wirtschaft, wußte immer alles ganz genau, war verläßlich.

Sie erkrankte plötzlich, wurde von der Mutter ausgeschimpft, weil sie sich mit anderen Kindern ganz mit Wasser begoß, half dann der Mutter. Patientin wurde aber von der Mutter, weil sie dabei so hastig war, ermahnt, nicht ihre Wut auszulassen. Einige Zeit später sah sie die Mutter immer an ohne zu sprechen. Am anderen Tage war sie sehr lebend, fragte allerlei, sang, was ihr gerade einfiel, gab mal Bescheid, mal nicht. Lachte dumm, verlangte alles mögliche zu essen, zerriß ein Hemd, nahm den anderen Kindern Sachen weg. Klatschte die Umschläge, die sie bekam, auf die Erde, schoß Purzelbäume, ließ den Oberkörper zum Bett heraushängen. Schlief die Nacht gut.

Kam auf einen Tag ins Krankenhaus und wurde von dort am 15. 7. 13 in die Städtische Heilanstalt verlegt. Für ihr Alter etwas klein, gracil, in genügendem Ernährungszustande. Pupillen auffallend groß. Reagieren gut. Zunge zeigt einen kleinen Substanzverlust. Patell.-Reflexe gesteigert. Beiderseits Fußclonus. — Hält der Exploration schlecht stand. Zeigt eine gesteigerte Ablenkbarkeit und fortwährend Bewegungsunruhe. Weiß, daß sie im Krankenhause ist. Ist zeitlich ungefähr orientiert. Spricht auch davon, krank zu sein. Gibt nur wenig über Personalien an. Wiederholt immer nur, der Wagen solle kommen, um sie nach Hause zu bringen. Fängt schließlich an zu weinen und schlägt um sich.

Weiterhin starke Bewegungsunruhe. Läuft im Saal herum, läuft zu jeder Tür hinaus, singt, schlägt andere Patientinnen, zieht sie an den Haaren, neckt sie, nimmt ihnen das Essen weg, betastet alles, zupft an allem herum. Macht tänzelnde Bewegungen, springt ins Bett, schlägt mit dem Kopf auf und fuchtelt mit den Händen herum. Weint wohl mal, zeigt aber keinen tiefergehenden Affekt. Produziert sprachlich nicht viel. Produziert dem Arzt gegenüber ganz eintönig 2 Satzkomplexe: „Ich will nach dem Lerchenberg, (Wohnung der Eltern) darf mich das Frl. dahin bringen? Sag ja!“ — „Bist du nicht der Herr R.? Hast du nicht eine Frau mit einem Kinde? — Erkennt dabei den Arzt als solchen.

Wird nach etwa 10 Tagen ziemlich unvermittelt ruhig, geordnet. Ist freundlich, bescheiden, ganz vergnügt. Klagt mitunter über Kopfschmerzen. Gibt auch an, daß sie seit dem vorigen Jahre an Kopfschmerzen gelitten habe. Ist örtlich und zeitlich orientiert. Eine Intelligenzprüfung nach Binet ergibt ihre intellectuelle Vollwertigkeit. Hat Krankheitseinsicht. Sie sei geistesgestört gewesen, es sei plötzlich und von allein gekommen. Sie habe Anfälle gehabt und habe nicht gewußt, was sie gemacht habe.

Ueber Einzelheiten der Psychose weiß sie nichts anzugeben. 9. 8. 13 auf Antrag der Mutter geheilt entlassen.

Bei Fall XV handelt es sich um einen kurz dauernden Zustand motorischer Erregung, der vielleicht eine psychogene Auslösung in der Rüge durch die Mutter hatte. Daß ein Fall der Dementia praecox vorliegt, dafür fehlt es an Anhaltspunkten. Ob der Fall dem degenerativen oder manisch-depressiven Irresein angehört, mochte ich nicht entscheiden. Die gesteigerte Ablenkbarkeit, die Initiative, mit der sich

Patientin bei ihrer Unruhe der Umgebung anpaßt, der etwas schwankende Affekt lassen ja eine Zugehörigkeit des Falles zum effektiven Irresein als nicht ausgeschlossen erscheinen. Doch ist dazu die Affektivität nicht gesteigert genug. Auch ist die sprachliche Produktion zu eintönig. Letzteres könnte man ja allenfalls mit dem Bilde eines manisch-depressiven Mischzustandes erklären. Doch möchte ich mich lieber einer bestimmten Diagnose enthalten.

### Fall XVI.

Agnes S. geboren 12. 4. 96.

Vater der Patientin an Lungenbluten und Herzlähmung gestorben, Mutter gesund. Ein Bruder der Patientin an Scharlach gestorben. 5 Geschwister leben gesund.

Patientin hatte mit 3 Jahren Masern, mit 6 Jahren war sie angeblich lungenkrank. Im Jahre 07 Angina und Bronchitis. Einige Tage vor der Aufnahme im Allerheiligen-Hospital, Durchfälle und Mattigkeit. 13. 9. 07 Aufnahme ins Allerheiligen-Hospital. Dort zunächst Fieber, Durchfälle. Im Stuhlgang keine Tbc. Bazillen, keine Wurmglieder. Rechts vorn und hinten über den Lungen leicht verkürzter Schall. Pirquet positiv, im Blut 70% Hämoglobin, Leucocyten 3500, Erythrocyten 2553000, Poikilocytose, doch keine kernhaltigen Erythrocyten. Temperatur sinkt allmählich ab.

Bei Patientin entwickelt sich, bevor sie fieberfrei wird, Ende Dezember 07 ein Zustand motorischer Erregung, der von Pausen ruhigen Verhaltens unterbrochen wird. Sie erscheint verwirrt, desorientiert, grimassiert, verbigeriert, schafft sich mit Kissen einen erhöhten Platz im Bett, predigt, singt, reiht ähnliche Worte aneinander. Kennt die anderen Patientinnen mit Namen, faßt auch Fragen auf, gibt aber keine sinngemäßen Antworten. In ihren Aeußerungen incohärent.

3. 1. 08 Verlegung in die Städtische Heilanstalt. Patientin ist äußerst blaß. Sie ist motorisch erregt, sitzt auf den übereinandergetürmten Betten, am Kopfende des Bettes, steil aufgerichtet da, spricht unzusammenhängend in predigendem Tone mit näselnder, gaumiger Stimme Stücke aus dem Lesebuch, aus biblischer Geschichte, wahllos aneinandergereiht. Faßt Fragen nicht recht auf. Greift nur ein Wort der Frage heraus und benutzt es zum Ausgangspunkt neuen zusammenhangslosen Geschwätzes. Perseveriert. Grimassiert. Zeigt pseudospontane Bewegungen. Führt Bewegungsaufträge aus. Der Gang zeigt motorisches Beiwerk. Patientin springt plötzlich seitwärts, breitet die Arme aus, bewegt die Füße in manierierter Weise.

Nach einigen Tagen motorischer Erregung wird Patientin ohne merkbaren Uebergang ruhig, geordnet. Bei der Exploration ist sie anfangs noch gehemmt. Gibt aber dann geordnet Auskunft. Das näselnde Timbre der Stimme hat sich verloren. Sie ist orientiert, erzählt von Mutter und Schule, liest fließend, rechnet ganz leidlich. Hat an die psychotische Phase nur eine ganz oberflächliche Erinnerung. Sie ist weiterhin still, sehr artig, beschäftigt sich fleißig mit Lesen und Etikettenfädeln. Am 21. 2. 08 auf Antrag der Mutter entlassen.

Fall 16 zeigt ein ausgesprochen katatones Bild, daß sich im Anschluß an eine fieberhafte, innerliche (wohl Tbc.) Erkrankung entwickelt. Der Zustand klingt nach etwa 14 Tagen ab, ohne Residuen zu hinterlassen. Den Fall einfach unter die Katatonie zu subsumieren, davon möchte ich Abstand nehmen. Bei psychosen Erwachsenen ist ein katatones Zustandsbild durchaus vieldeutig und kann außer bei der Katatonie bei den verschiedensten Psychosen wie Manie,

degenerativem Irresein, symptomatischen Psychosen, Paralyse vorkommen. Bei den Kinderpsychosen ist es nicht anders. Für sie führt Strohmayer (11) an, daß auch bei katatonen Symptomen die Differenzialdiagnose zwischen Katatonie und Hysterie schwierig sein könne; Ziehen (2) hat auch bei infantiler Manie katatone Symptome gesehen, und Ehlers (10) hat katatone Begleiterscheinung bei Amentia, manisch-depressivem, ganz besonders beim hysterischen Irresein der Kinder beobachtet. Da bei dem vorliegenden Falle katanamnestische Nachrichten fehlen, so möchte ich mich eines bestimmten Urteils enthalten. Am ehesten möchte ich, da als auslösendes und erschöpfendes Moment die tuberkulöse Erkrankung vorangeht, annehmen, daß es sich um eine symptomatische Psychose oder um eine Amentia gehandelt haben könnte.

Fall XVII.

Ernst K. geboren 1. 11. 95.

Von Heredität nichts bekannt, normale Entwickelung. Patient hat keinerlei Krankheiten gehabt. War ein guter Schüler und ein gutes Kind.

Einige Wochen vor der Aufnahme in die Anstalt machte er eine Influenza durch, war nachher eigentümlich und still. Machte sonderbare Sachen. Kam zunächst in das Allerheiligen-Hospital und am 7. 3. 08 in die Städtische Heilanstalt.

Hier hält er sich ruhig, für sich, versteckt sich unter der Decke, spricht sich zunächst gegen Arzt und Pfleger, abgesehen von Personalien, nicht aus. Etwas verschmitzter Gesichtsausdruck. Gibt einmal zu, dumme Streiche gemacht zu haben, will sie aber nicht sagen, er geniere sich. Mit anderen Kranken unterhält er sich und beschäftigt sich auch. Allmählich wird er freier. Erzählt auf vieles Zureden, er

sei krank gewesen, er sei nachts ängstlich geworden, es seien allerlei Gestalten im Zimmer gewesen, Elefanten, Pferde, einzelne wie Bilder. Negiert Phoneme. 26. 3. 08 auf Wunsch der Angehörigen geheilt entlassen.

Nach der Entlassung kam er auf der Schule gut vorwärts. Ging aus der ersten Klasse ab. Stellte sich, zu einem Stellmacher in die Lehre gegeben, geschickt. Weil der Meister nichts taugte, wurde Patient vom Vater wieder fortgenommen und hielt sich als Arbeiter ganz gut.

10 Tage vor der 2. Aufnahme in die Anstalt wurde er auffällig Fing plötzlich an zu singen, tanzen und pfeifen. Schlief des Nachts nicht ordentlich. Führte die ihm zugeteilten Arbeiten falsch oder überhaupt nicht aus. Kam auf 8 Tage ins Wenzel-Hankesche Krankenhaus, war dann auch noch nicht fähig zu arbeiten und kam am 29. 9. 13 wieder in die städtische Heilanstalt. Er döste vor sich hin, stöhnte, daß er sehr müde sei, rekelte sich im Bett. Gab nur sehr wenig Bescheid. War örtlich orientiert. Sagte auch er sei des Kopfes wegen da, er wisse nicht, was er mache, es sei früher auch schon mal in der Anstalt besser geworden. Wurde dann unruhig, schimpfte andere Patienten in den gröbsten Ausdrücken. Verlangte im Kommandotone alle möglichen Sachen. Machte läppische Streiche, skandalierte absichtlich, wenn der Arzt andere Kranke untersuchen wollte, fiel einen Pfleger scherzhaft an.

Nach einigen Wochen nahm er ein geordnetes Verhalten an. Hatte Erinnerung an seinen Krankheitszustand. Gewann eine oberflächliche Krankheitseinsicht. Es sei im Kopfe nicht ganz richtig gewesen. Es sei ihm so in den Kopf gestiegen, er habe das so machen müssen. Kein lebhaftes Entlassungsverlangen. Machte sich über andere Kranke lustig. Beschäftigte sich etwas. 15. 11. 13 auf Antrag gebessert entlassen.

Bei Fall XVII waren die akuten Erscheinungen der Psychose schon in der Hauptsache abgeklungen, als er zum ersten Male in die Anstalt gelangte. Er gab nur noch einige Tage nicht gut Auskunft. Aus dem Wenigen, was dann noch aus ihm herauszuholen war, — er berichtete von Visionen deliranter Art — kann man ein sicheres Bild nicht erhalten, da auch die Anamnese nichts Näheres angibt. Da er vorher eine Influenza durchgemacht hatte, kann man vielleicht vermuten, daß es sich um eine symptomatische Psychose gehandelt habe. — Patient kommt im 19. Jahr noch einmal zur Aufnahme. Er zeigt zunächst ein leicht stuporöses, dann agitiertes Verhalten. Die Ausdrucksformen, in denen er sich bewegt, machen einen dementen Eindruck. Er beruhigt sich ziemlich rasch, da er auch diesmal nicht sehr lange in Beobachtung bleibt, läßt sich eine sichere Diagnose nicht gewinnen. Sichere schizophrene Symptome lassen sich nicht feststellen. Trotzdem ist die Möglichkeit, daß eine Dementia praecox vorliegt, nicht ganz auszuschließen. Doch kann es sich auch um ein dem manisch-depressiven angehöriges Krankheitsbild, vielleicht in Kombination mit Schwachsinn — daß er auf der Schule vorwärts kam, würde ja nicht unbedingt gegen Schwachsinn sprechen — gehandelt haben. Man kann aber nicht sagen, daß sein zweiter Krankheitszustand den ersten näher beleuchtet.

Unter den vorstehend geschilderten 17 Psychosen sind also 6 Dementia-praecox-Fälle, 3 Fälle von manisch-depressiven, 5 von degenerativen Irresein und 3 Fälle mit nicht sicherer Diagnose. Sie verteilen sich so unter die Geschlechter, daß sich darunter 7 Knaben, und 10 Mädchen befinden. Der Unterschied, mit dem die Geschlechter an

den Fällen partizipieren, ist also nicht erheblich. Das trifft auch bei der Verteilung der Fälle auf die Krankheitsgruppen zu, nur bei den Fällen degenerativen Irreseins stellt sich das Verhältnis zwischen Knaben und Mädchen wie 1 zu 4. Eine erhebliche Anzahl der Fälle, 8, befinden sich bei der Aufnahme im 15. Jahre. Die Fälle von Dementia praecox sind im 14. oder 15., die von manisch-depressiven Irresein im 15. Jahre. Erheblich jüngere Individuen finden sich bei den degenerativen Psychosen, bei denen ein Fall mit 8 und einer mit 9 Jahren zur Aufnahme gelangen.

Menses waren bei den Mädchen vor der Anstaltsaufnahme noch nicht aufgetreten, auch in Fall IV war es unwahrscheinlich.

Die erbliche Belastung ist bei den Fällen eine nicht unerhebliche, was für die Behauptung Strohmayers (11), daß die erbliche Belastung bei den Kinderpsychosen eine bedeutsame Rolle spielt, spricht. Man muß aber bei den vorstehenden Fällen noch berücksichtigen, daß man bei Großstadt-Anamnesen nicht allzu viel über die Familie der Erkrankten erfährt. Am größten ist die Heredität relativ bei den Fällen manisch-depressiven Irreseins, wo Fall VII väterlicher- und mütterlicherseits und Fall IX väterlicherseits belastet ist. Bei den Dementia-praecox-Fällen ist Fall I väterlicher- und mütterlicherseits und Fall VI mütterlicherseits, bei den Fällen degenerativen Irreseins Fall X und XIII mütterlicherseits belastet. Bei Fall XI und XII ist eins von den Geschwistern nervenleidend. Bei den Fällen mit unsicherer Diagnose hat Fall XV eine Vaterschwester, die an Krämpfen leidet.

Strohmayer (11) führt unter anderem aus, daß sämtliche Krankheitstypen, mit Ausschluß natürlich der dem Senium

angehörigen, im Kindesalter vorkommen. Auch für den Bereich der funktionellen Psychosen ist das vorstehende Material nicht mannigfaltig genug, um diese Meinung mit illustrieren zu helfen. Wahnvorstellungen werden ja vorübergehend, wie bei Fall II und IX, produciert, ausgesprochen paranoische Psychosen, wie sie Ziehen (2) schildert, fehlen aber z. B. ganz.

Paranoische Zustandsbilder müssen allerdings schon deswegen bei Kindern selten sein, da Sprache und Vorstellungsschatz doch noch zu wenig entwickelt sind, um psychopathologisch stärker in Erscheinung zu treten. Aus dem gleichen Grunde tritt auch beim manisch-depressiven Irresein die Ideenflucht nicht so hervor. Dagegen finden sich katatone Symptome, und zwar nicht nur bei der Dementia praecox, sondern auch beim manisch-depressiven und degenerativen Irresein nicht selten in Vordergrund der psychotischen Bildern. Ehlers (10) hat das schon betont, und auch unter meinen Fällen liefern besonders Fall VIII von den manisch-depressiven und Fall XIII von den degenerativen Psychosen, Beispiele hierfür. Wie Räcke (7) und Ehlers nach Weygandt ausführen, sollen ja Kinder zu motorischen Produktiouen besonders disponiert sein.

Beim Ueberblick über die 17 Fälle ist aber im allgemeinen der Eindrück überwiegend, daß die psychotischen Bilder im Prinzip in keiner Weise von denen der Erwachsenen abweichen. Bei den Dementia-praecoxfällen treten bei einigen neben den motorischen die hallucinatorischen Erscheinungen und die Dissociation des Seelenlebens deutlich hervor. Die etwas mild verlaufenden Melancholieen, wie sie Friedmann geschildert hat, in meinem Material gehört wohl Fall VII dazu, finden auch in den Psychosen Erwachsener ihre Parallelen. Wie Fall XIII und XIV beweisen, können die degene-

rativen Psychosen in der gleichen schweren Form auftreten, wie im späteren Lebensalter.

Daß die Häufigkeit und Vieldeutigkeit der katatonen Symptome die Diagnose mitunter erschwert, ist nicht abzustreiten; aber auch das findet sein Gegenstück bei dem Psychosen des späteren Alters. Bei vorstellungsarmen Manieen und degenerativen Psychosen stehen auch dort nicht allzu selten lange Zeit katatone Symptome im Vordergrunde, sodaß es auch hier, und nicht nur bei Kindern, schwierig ist die Erscheinungen diagnostisch richtig zu beurteilen.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn San. Rat Dr. Hahn für die Ueberlassung der Krankengeschichten und Herrn Oberarzt Dr. Chotzen für die Anregung zur Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

# Literatur.


1. **E. Emminghaus,** Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887.
2. **Th. Ziehen,** Die Geisteskrankheiten des Kindesalters, mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Berlin, 1902, 1904, 1906.
3. **Th. Kathen,** Ueber hysterische Psychosen im Kindesalter. Inaug.-Diss. Kiel, 1905.
4. **Kurt Schubert,** Ein Fall von hysterischer Aphasie im Kindesalter. Inaug.-Diss. Kiel, 1905.
5. **W. Albert,** Ein Fall von Katatonie im Kindesalter. Inaug.-Diss. Kiel, 1907.
6. **W. Lackmann,** Ueber manisch-depressives Irresein im Kindesalter. Inaug.-Diss. Erlangen 1907.
7. **Räcke,** Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psych. Bd. 45.
8. **H. Vogt,** Ueber Fälle von Jugendirresein im Kindesalter. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66.
9. **M. Friedmann.** Zur Kenntnis der affectiven Psychosen des Kindesalter insbesondere der milderen Formen. Monatsschr. für Psych. und Neurologie. Berlin 1909, Bd. 26.
10. **H. Ehlers,** Kasuistische Beiträge zu der Lehre von den Psychosen im Kindesalter und im Beginn der Pubertät. Inaug.-Diss. Leipzig, 1909.
11. **W. Strohmayer,** Vorlesung über die Psychopathologie des Kindesalters. Tübingen, 1910.
12. **M. Liebers,** Ueber Manie im Kindesalter. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psych. Jahrg. 32.
13. **H. Haymann,** Neuere Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Psych. Referate und Ergebnisse Bd. 3, Berlin 1911.

# Lebenslauf.

Bernard Schlesinger wurde am 26. April 1880 in Breslau als Sohn des Kaufmanns Carl Schlesinger geboren. Er besuchte von 1886—1888 das Gymnasium zu St. Maria Magdalena, das er Ostern 1898 mit dem Reifezeugnis verließ. Er studierte dann in Breslau, Heidelberg und München Medizin und beendete das ärztliche Staatsexamen in München am 1. April 1905. Während des praktischen Jahres war er in Breslau an der Inneren Station des Allerheiligen-Hospitals, an der Kgl. Poliklinik für Nervenkrankheiten und an der Städt. Heilanstalt für Nerven- nnd Gemütskranke tätig. In letzterer war er, nachdem er am 1. April 1906 die Approbation als Arzt erhalten hatte, vom 1. April 1906 bis 1. Mai 1914 als Assistenzarzt tätig.